

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**MEMORIA AUTO-REFERENTE Y AUTOBIOGRÁFICA EN
LA DEPRESIÓN MAYOR : FACTORES DE
VULNERABILIDAD IMPLICADOS**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Núria Romero Martín

Bajo la dirección de la doctora

Carmen Vázquez Valverde

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**MEMORIA AUTO-REFERENTE Y
AUTOBIOGRÁFICA EN LA DEPRESIÓN
MAYOR:
FACTORES DE VULNERABILIDAD
IMPLICADOS**

TESIS DOCTORAL

NÚRIA ROMERO MARTÍN

Dirigida por:

CARMELO VÁZQUEZ VALVERDE

MADRID, 2012

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a las siguientes personas que, de algún modo u otro, han contribuido a la realización de esta tesis doctoral:

A mi director de tesis Carmelo Vázquez por haberme dado la oportunidad de trabajar con él. En estos más de cuatro años trabajando con él he aprendido infinitud de cosas.

A Gonzalo Hervás y Carmen Valiente por su disponibilidad, colaboración y ayuda. Y por tantas y tantas buenas y enriquecedoras ideas que siempre me han dado.

A los becarios con los que he compartido tiempo y espacio a lo largo de estos años.

A mi familia por todo el apoyo que siempre me han dado desde la lejanía de mi Barcelona.

A mi familia de Torrijos porque su cariño en este tiempo que llevo viviendo en Madrid ha sido fundamental para mí.

A Álvaro porque siempre ha estado a mi lado ayudándome y apoyándome. Lo más bonito de este proceso ha sido compartirlo a su lado.

A mis amigas y amigos de Barcelona, Huelva y Madrid porque siempre han confiado en mí, y porque siempre me han apoyado muchísimo en todo.

A los participantes de mis estudios porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

A todos los componentes de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM (directora, terapeutas, secretarias), por habernos abierto las puertas de la clínica, y, personalmente, por haberme tratado tan estupendamente.

Y al Ministerio de Educación por haberme concedido la beca FPU. Sin esta beca este proceso hubiera sido mucho más complicado.

A tots, moltes gràcies!

ÍNDICE

PRIMERA PARTE. Introducción teórica.....	1
Introducción.....	3
CAPÍTULO 1. Vulnerabilidad cognitiva a la depresión.....	7
1.1. Modelos cognitivos de la depresión.....	8
1.1.1. El modelo cognitivo de Beck.....	9
1.1.2. Los modelos de Bower y Teasdale.....	11
1.2. Modelos de estilos de respuesta: el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos.....	13
1.2.1. El estilo rumiativo.....	13
1.2.2. La supresión de pensamientos.....	19
1.3. Esquemas cognitivos y vulnerabilidad a la depresión.....	24
1.3.1. Los orígenes del concepto de esquemas.....	24
1.3.2. El “yo” como un esquema cognitivo.....	25
1.3.3. Los esquemas cognitivos desde la teoría de Beck.....	27
1.3.4. La evaluación de los esquemas cognitivos.....	28
CAPÍTULO 2. Memoria congruente con el estado de ánimo (MC) y depresión.....	41
2.1. MC: Conceptualización y evidencia empírica en la depresión.....	41
2.2. Tipo de material a recordar: auto-referente y autobiográfico...	44
2.2.1. Recuerdo de material auto-referente.....	44
2.2.2. Recuerdo de material autobiográfico.....	49
2.3. Factores cognitivos asociados a la MC.....	51
2.3.1. MC y estilo rumiativo.....	51
2.3.2. MC y supresión de pensamientos.....	58
2.3.3. MC y esquemas negativos, actitudes disfuncionales, y autoestima.....	61

CAPÍTULO 3: Memoria autobiográfica sobregeneralizada y depresión.....	65
3.1. Jerarquía de la memoria autobiográfica: Recuerdos generales y específicos.....	65
3.2. Evidencia empírica en la depresión.....	66
3.2.1. Estudios con muestras depresivas clínicas.....	68
3.2.2. Estudios con inducción de estado de ánimo negativo.....	71
3.2.3. Estudios con muestras disfóricas.....	72
3.3. Memoria autobiográfica sobregeneralizada y vulnerabilidad a la depresión.....	75
3.3.1. Predicción de nuevos episodios depresivos.....	76
3.3.1.1. Estudios con población sana tras un evento estresante.....	76
3.3.1.2. Estudios con población sana de alto riesgo.....	77
3.3.2. Pronóstico del trastorno depresivo.....	77
3.3.3. Estabilidad de la memoria autobiográfica sobregeneralizada después del episodio depresivo.....	80
3.3.3.1. Estudios con adultos.....	81
3.3.3.2. Estudios con adolescentes.....	83
3.4. Memoria autobiográfica sobregeneralizada y actitudes disfuncionales.....	84
3.5. Memoria autobiográfica sobregeneralizada e historia de trauma.....	87
3.6. Modelos explicativos de la memoria autobiográfica sobregeneralizada.....	91
3.6.1. La hipótesis de la evitación funcional.....	91
3.6.2. La hipótesis del estilo de procesamiento rumiativo.....	93
3.6.3. La hipótesis del déficit en la función ejecutiva.....	96

CAPÍTULO 4: Formulación de un modelo cognitivo integrador y planteamiento de estudios para esta tesis.....	99
4.1. Formulación de un modelo integrador de vulnerabilidad cognitiva a la depresión.....	99
4.2. Planteamiento de estudios para la tesis.....	102
SEGUNDA PARTE. Investigación empírica.....	103
CAPÍTULO 5: ESTUDIO 1. Memoria auto-referente y autobiográfica en personas con historia de depresión mayor.....	105
5.1. Descripción de objetivos e hipótesis.....	105
5.2. Muestra y formación de grupos.....	110
5.3. Medidas.....	111
5.4. Tareas experimentales.....	116
5.5. Procedimiento.....	121
5.6. Resultados.....	121
5.7. Conclusiones del estudio 1.....	151
CAPÍTULO 6: ESTUDIO 2. Memoria auto-referente y autobiográfica en personas con depresión mayor.....	165
6.1. Descripción de objetivos e hipótesis.....	165
6.2. Muestra.....	172
6.3. Formación de grupos.....	172
6.4. Medidas.....	173
6.5. Tareas experimentales.....	175
6.6. Procedimiento.....	179
6.7. Resultados.....	181
6.8. Conclusiones del estudio 2.....	216

CAPÍTULO 7. Discusión general y conclusiones.....	231
7.1. Resumen de los resultados.....	231
7.2. Integración de resultados.....	242
7.3. Limitaciones, aportaciones e implicaciones teóricas y clínicas.....	253
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	265
Anexo 1.....	297
Anexo 2.....	303
Anexo 3.....	307
Anexo 4.....	311
Anexo 5.....	315
Anexo 6.....	319

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Introducción

La depresión es el trastorno mental más diagnosticado de nuestro tiempo, además de ser el más incapacitante y con mayores costes económicos y de sufrimiento personal asociados. Estudios epidemiológicos realizados en población general estiman que en términos de prevalencia de 6 a 12 meses, el 6,5% de la población presenta un trastorno depresivo mayor, y un 3,6% un trastorno distímico. Las cifras de prevalencia vital medias giran en torno a un 16% y un 3% respectivamente (Bland, 1997). En España, un estudio epidemiológico realizado con 5.473 personas, dentro del proyecto ESEMeD, estimó que el 57% de esta muestra sufría un trastorno del estado de ánimo (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo y cols., 2007). Además la Organización Mundial de la Salud ha estimado que en la actualidad es el cuarto problema sanitario del mundo y en el año 2020 ocupará, tras las cardiopatías isquémicas, el segundo lugar en el escalafón de prioridades (OMS, 2001).

Además de su alta prevalencia, la depresión presenta unas cifras de recaída muy elevadas: el 50% de los pacientes tendrá al menos un segundo episodio en el transcurso de un año, y un 75% en el transcurso de 5 años, siendo más probable que éstas ocurran en los primeros meses de la recuperación (Kessler, Zhao, Blazer y Swartz, 1997).

Dada la importancia del trastorno, es de suma importancia disponer de modelos teóricos que ayuden a comprender mejor qué factores están implicados en su etiología, mantenimiento y recaída. Afortunadamente, en la actualidad existen diferentes modelos integradores acerca de las variables que se alteran cuando una persona sufre un trastorno depresivo, lo que nos ha permitido llegar a comprender mejor los mecanismos que están involucrados en el mantenimiento y/o agravamiento del trastorno (Gotlib y Hammen, 1992). Además, también disponemos de tratamientos psicológicos y farmacológicos que se han mostrado bastante eficaces en la solución del trastorno, como veremos más

adelante (Cuipjers, van Straten, Hollon, y Andersson, 2010; Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam, y Salomon, 2005).

No obstante, también existen una serie de limitaciones, pues conocer las variables psicológicas implicadas en la instauración de un trastorno depresivo no es lo mismo que saber por qué se produce, es decir, los factores de mantenimiento de un trastorno no tienen por qué ser idénticos a los factores de vulnerabilidad. Entendemos por factores de vulnerabilidad aquellas variables presentes previamente a la instalación del trastorno que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificar o presentar episodios recurrentes de depresión (Ingram, Miranda y Segal, 2006). Teniendo en cuenta la investigación realizada, los factores psicológicos implicados en el mantenimiento de la depresión son relativamente bien conocidos, mientras que se han encontrado mayores dificultades para demostrar su papel como factores de vulnerabilidad.

Un mejor conocimiento de los procesos de vulnerabilidad está íntimamente relacionado con la posible reducción de la amplia tasa de recaídas y recurrencias (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010). Por lo tanto, en la medida en que se avance hacia una mayor comprensión de las variables que generan vulnerabilidad se podrán diseñar tratamientos con componentes específicos que consigan, además de una pronta recuperación, reducir la probabilidad de recaer en el futuro.

En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones relativas a la vulnerabilidad a la depresión, principalmente en torno a los modelos cognitivos. Investigaciones iniciales evaluaron si las creencias disfuncionales o negativas sobre uno mismo, en interacción con sucesos estresantes o negativos, podían estar relacionadas con el inicio y el mantenimiento de la depresión (p. ej.: Dykman y Joll, 1999; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004). Posteriormente, como veremos más adelante, se

evaluó los modos de procesamiento y el estilo de respuesta de la propia persona como posibles elementos etiológicos de la depresión. Como por ejemplo, el estilo de respuesta rumiativo y la supresión de pensamientos.

Por un lado, en el presente trabajo analizaremos uno de los procesos cognitivos que más investigación ha generado, y que mayor evidencia empírica ha aportado en el estudio de la depresión: los procesos de memoria. Concretamente, en el presente trabajo analizaremos la memoria congruente con el estado de ánimo, y otro fenómeno más actual en la investigación: la memoria autobiográfica sobregeneralizada. En el primer estudio de este trabajo, analizamos ambos patrones de memoria en una muestra de participantes con vulnerabilidad a sufrir un episodio depresivo mayor en el futuro (i.e., personas con historia pasada de depresión). Esto nos permitirá analizar cuál es el papel que podrían tener los sesgos de memoria en la recaída del episodio depresivo. En un segundo estudio, evaluamos una muestra de participantes actualmente deprimidos, para comparar el patrón observado de memoria en esta muestra con el patrón de memoria observado en personas con vulnerabilidad a la depresión.

Por otro lado, también evaluaremos diferentes factores que han sido relacionados con la vulnerabilidad cognitiva a la depresión (esquemas negativos sobre uno mismo, estilo rumiativo y supresión de pensamientos), con el fin de intentar esclarecer cuál sería el papel de estos factores en los patrones de memoria observados en personas vulnerables a deprimirse y en personas actualmente deprimidas.

CAPÍTULO 1. Vulnerabilidad cognitiva a la depresión

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión han sido los llamados de diátesis-estrés. Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. De esta manera, según estos modelos ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad. De hecho, algunas investigaciones han puesto de manifiesto que a menor vulnerabilidad se presente, más negativo tiene que ser el acontecimiento para que se desarrolle el trastorno, mientras que a mayor vulnerabilidad, acontecimientos menos importantes pueden activar el trastorno (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Zubin y Spring, 1977).

Dentro de esta aproximación de diátesis-estrés, diversos modelos han ido apareciendo con el objetivo de determinar los factores de vulnerabilidad más importantes. Entre ellos, el modelo cognitivo ha sido sin duda el que más investigación ha generado (Sanz y Vázquez, 2008). A pesar, de que como vemos más adelante, todos los modelos cognitivos coinciden en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos, existen diferencias en cuanto a qué aspectos cognitivos son los que están relacionados con la vulnerabilidad.

1.1. Modelos cognitivos de la depresión

Los modelos cognitivos enfatizan que la forma de procesar la información es lo que determina que algunas personas se depriman o no. En este sentido, según este modelo son los sesgos cognitivos (memoria, atribuciones causales, atencionales, y de interpretación) los que favorecen el inicio y el mantenimiento de los episodios depresivos.

Existe una gran cantidad de literatura sobre la asociación de dichos factores cognitivos y el estado de ánimo deprimido (Gotlib y Hamen, 2002). Los estudios que han aportado una evidencia más sólida son los estudios longitudinales. Comentaremos con más detalle estos estudios más adelante, pero de manera general han encontrado una interacción significativa entre el nivel de actitudes disfuncionales y la aparición de estresores en la predicción de la reacción depresiva inicial (Dykman y Joll, 1999; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004; Vázquez, Jiménez, Saura y Avia, 2001).

Otra línea importante de evidencias respecto a la relación entre cognición y emoción proceden del campo clínico, a partir de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el manejo de la depresión. Numerosos estudios que han utilizado la TCC, basada en cambiar los estilos cognitivos negativos, han puesto de manifiesto que este tipo de tratamiento se muestra al final de tratamiento como un método eficaz, y que produce mayores cambios cognitivos que las terapias farmacológicas y los tratamientos placebo (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; DeRubeis y cols., 1999; Hollon, y cols., 2006). Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert y Wade, 2003), en pacientes con depresión moderada y grave (Cuijpers, van Lier, van Straten y Donker, 2005; DeRubeis y cols., 1999; Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam y Salomon., 2005) y, además, resulta un tratamiento eficaz en términos de costes y funcionamiento en contextos

clínicos reales (Hollon y cols., 2005). Además, parece reducir más el riesgo de recaídas y recurrencia que las terapias con fármacos (Hollon y cols., 2005). Por ejemplo, en una revisión de estudios efectuada por Paykel (2007) de siete estudios controlados de TCC, la tasa media de recaídas para los tratamientos TCC son menores que los observados en tratamientos estándar (32,4% y 58,6 de los participantes respectivamente), en un seguimiento medio de 35 meses.

Parece, por tanto, que existen indicadores robustos de que los factores cognitivos juegan un papel importante tanto en el inicio del episodio depresivo, como en las tasas de recaída y recurrencia del mismo.

1.1.1. El modelo cognitivo de Beck

Dentro del modelo cognitivo el que más investigación ha generado es el de Aaron T. Beck (1967). Su amplia aceptación se basa en parte en haber integrado toda una serie de observaciones clínicas dentro del marco teórico del procesamiento de la información, a través del concepto de esquema cognitivo. Como veremos más adelante, Beck, usa la noción de esquemas cognitivos para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Desde un punto de vista temporal, el modelo cognitivo pionero de Beck (1967) propone una cadena de elementos causales (véase la figura 1). Como se puede ver en la figura 1, el primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas, como por ejemplo, las críticas y el rechazo por parte de los padres. Fruto de esas experiencias se generarían los esquemas o actitudes disfuncionales, como por ejemplo “si no soy amado por todas las personas importantes entonces no soy valioso”. Estos esquemas o actitudes disfuncionales, normalmente no accesibles verbalmente de modo inmediato o sencillo serían las causas más distantes del episodio depresivo. Las causas más próximas serían, en primer lugar, un acontecimiento crítico el cual activaría

de nuevo los esquemas disfuncionales, y como consecuencia de ellos los sesgos de procesamiento (como atención y recuerdos selectivos, atribuciones depresógenas, etc.). En consecuencia surgirían los productos mentales negativos sesgados, o pensamientos dicotómicos (p. el. “Soy un estúpido”, “no valgo para nada”, etc.), que reflejarían una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la triada cognitiva), y que sería el precursor inmediato de la depresión.

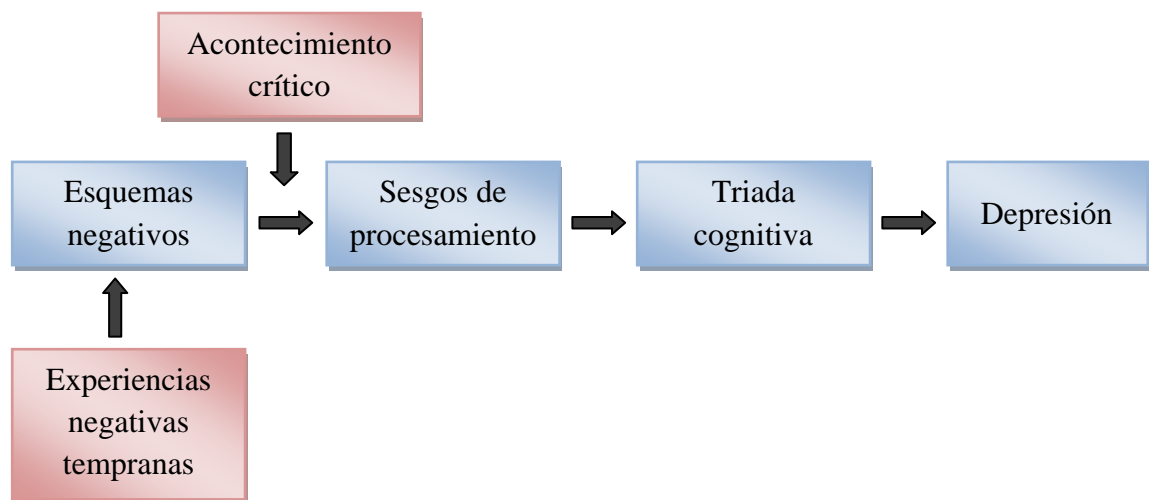


Figura 1. Esquema del modelo cognitivo de Beck (1967)

Desde su formulación, el modelo no ha sufrido formalmente cambios muy significativos. Sin embargo, la investigación generada en las dos últimas décadas ha permitido ampliar algunos aspectos del mismo (p. ej.: conocer mejor el papel del estrés), y abrir algunas nuevas vías no exploradas (p. ej.: el papel de la rumiación, la supresión de pensamientos, etc.). Además, la incorporación de nuevas metodologías (p. ej.: paradigmas experimentales para evaluar esquemas implícitos o latentes, o el papel de procesos automáticos) han permitido nuevos desarrollos en los modelos cognitivos de la depresión que resultan necesarios de incorporar al modelo original, probablemente obsoleto en algunos de sus componentes (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

1.1.2. Los modelos de Bower y Teasdale

El modelo de redes asociativas de Bower (1981) realiza una propuesta similar al modelo de Beck, pero bajo un engranaje teórico diferente, para explicar las relaciones entre emoción y cognición. El modelo incorpora la emoción a la estructura general de las teorías de red asociativa, de modo que cada uno de los estados emocionales estaría representado por un nodo emocional dentro de una red de cogniciones y recuerdos asociados con dicho estado (rasgos asociados a su experiencia subjetiva, patrones característicos de respuestas automáticas en ese estado, descripciones de sucesos evocadores, así como pensamientos, creencias y recuerdos almacenados en la memoria como resultado de experiencias previas del mismo).

Cuando un nodo es activado se experimentaría la emoción correspondiente y la activación se propagaría a través de la red de conexiones del nodo, suscitando otras manifestaciones cognitivas del estado emocional (Bower, 1981). Según esto, los estados emocionales afectarían al procesamiento cognitivo de la persona, dirigiendo sus recursos cognitivos hacia información congruente con su estado de ánimo. Por tanto, la experimentación de estados emocionales positivos produciría la utilización de los recursos cognitivos en el procesamiento de información de contenido positivo, mientras que la experimentación de estados emocionales negativos, como la depresión o la ansiedad, produciría un uso de recursos cognitivos prioritario para información de contenido negativo congruente. Según este modelo, esta asimetría de prioridades en el procesamiento de información tras la activación de un nodo emocional debería reflejarse en todas las fases de dicho procesamiento (p. ej.: atención, interpretación, memoria).

Adoptando el modelo general de nodos desarrollado por Bower, John Teasdale (1983, 1988) desarrolló también una teoría de la depresión conocida como “hipótesis de

la activación diferencial”. Teasdale establece un sistema similar de activación de nodos, de modo que una vez el nodo de la depresión es activado, tal activación se propagaría a los nodos o constructos cognitivos asociados. Esto generaría un procesamiento prioritario de información congruente con el estado de ánimo deprimido, en todas las fases de procesamiento cognitivo. Si esta actividad cognitiva reactivase a su vez el nodo emocional depresivo a través de un mecanismo de tipo cíclico, y se estableciese un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos asociados, entonces el estado de depresión inicial se intensificaría y/o mantendría en el tiempo, iniciándose el trastorno depresivo.

Según Teasdale para que este ciclo se establezca depende de si los nodos o constructos cognitivos activados tras la activación inicial del nodo depresivo suponen una *interpretación* de los acontecimientos como sucesos altamente aversivos e incontrolables. No obstante, que se desarrolle la depresión depende también de otros factores ambientales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, algunas situaciones estresantes son tan intensas que la mayoría de la gente las interpretaría como incontrolables o altamente aversivas, siendo por ejemplo el grado de apoyo social el que influiría más decisivamente en su impacto final.

Estas interpretaciones o autovaloraciones negativas equivaldrían a la tríada cognitiva del modelo de Beck. Sin embargo, a diferencia del modelo de Beck que propone que tales interpretaciones se producen cuando un individuo encuentra un acontecimiento estresante que está relacionado con sus esquemas cognitivos de vulnerabilidad, Teasdale no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso y tipo de nodos o constructos cognitivos sea un requisito necesario para la depresión.

1.2. Modelos de estilos de respuesta: el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos

A partir de los años 90 han surgido nuevas propuestas dentro del modelo cognitivo que enfatizan los modos de procesamiento y el estilo de respuesta de la propia persona como elementos precursores de la depresión. Dentro de estos nuevos desarrollos se encuentra el estilo de respuesta rumiativo y la supresión de pensamientos.

1.2.1. El estilo rumiativo

Con su teoría de los estilos de respuesta, Nolen-Hoeksema (1991) propuso que la manera en que las personas responden a los síntomas depresivos influye en la duración y en la intensidad de éstos. Concretamente propuso la existencia de dos estilos diferenciados, uno que previene la depresión (la distracción), y otro que la potencia (la rumiación). De esta manera, las personas que responden a su estado de ánimo mediante rumiaciones recurrentes sobre sus síntomas, o en las posibles causas y consecuencias de sus síntomas, sufrirán durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellas personas que aparten su atención de los mismos.

Las rumiaciones se definen como patrones de conducta y pensamientos que centran la atención la persona en su estado emocional, en las causas o consecuencias del mismo, e inhiben cualquier acción que pueda distraer a la persona de su estado de ánimo (Nolen-Hoeksema, 1991; 2004). Por lo tanto, las rumiaciones suelen aparecer en situaciones de inercia, en las que la persona se aísla y no puede controlar sus pensamientos y emociones negativas. Algunas de estos pensamientos negativos pueden ser: “¿Qué estoy haciendo con mi vida?”, “¿Por qué me siento tan mal?”, “¿Por qué no estoy contenta ni satisfecha?”, “¿Qué pensarán los demás de mí?”, etc.

Por otro lado, las respuestas de distracción consisten en alejar la atención de los propios síntomas, causas y consecuencias de éstos, y dirigirla hacia actividades

agradables o neutras. Estas actividades pueden consistir en engancharse en una actividad con un amigo, o en un deporte, practicar un hobby, o interactuar con los demás.

Los efectos perjudiciales del estilo rumiativo han sido encontrados de forma consistente, tanto en la investigación longitudinal como experimental (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Los estudios longitudinales propuestos han consistido en seguir a lo largo del tiempo a una muestra de personas inicialmente no deprimidas, y evaluar la capacidad del estilo rumiativo para predecir casos nuevos de depresión al final del estudio. Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) encontraron que altas puntuaciones en estilo rumiativo recogidas antes de un terremoto, predecían mayores niveles de síntomas depresivos después de éste (a los 10 días y a las 7 semanas), controlando niveles iniciales de sintomatología depresiva. En otro estudio, se observó además que los participantes mostraban un estilo de respuesta a la depresión de forma consistente en el tiempo (6 meses), y que cuanto mayor era la respuesta rumiativa, mayor cantidad de tiempo permanecían instalados los síntomas y más severos eran éstos (Nolen-Hoeksema, Morrow, y Fredrickson, 1993).

En cuanto a la investigación experimental, se ha centrado en esclarecer las consecuencias de afrontar un estado de ánimo negativo con un estilo rumiativo. Nolen-Hoeksema y Morrow (1993) encontraron que los participantes deprimidos asignados la condición de estilo rumiativo (p. ej.: focalizar la atención durante 8 minutos en sus sentimientos actuales y características personales) mostraban mayor intensificación de los síntomas que los participantes deprimidos asignados a la condición de distracción (p. ej.: describir lugares geográficos, y/o objetos). Los mismos resultados se han encontrado muestras de participantes no deprimidos a los que se les induce un estado de ánimo negativo. Por ejemplo, Morrow y Nolen-Hoeksema (1990) hallaron que después

de la inducción de estado de ánimo negativo, los participantes asignados a la condición de estilo rumiativo mostraron un mayor mantenimiento e intensificación del estado de ánimo depresivo en comparación a los participantes asignados a la condición de distracción.

Según Nolen-Hoeksema (1991), las respuestas rumiativas permitirían al estado de ánimo negativo afectar en mayor medida a los procesos cognitivos, como atribuciones, juicios, y memoria. Los estudios al respecto han mostrado que efectivamente el estilo rumiativo aumenta las atribuciones negativas y globales, y la desesperanza hacia el futuro (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995), así como la accesibilidad a recuerdos negativos (Lyubomirsky, Caldwell, y Nolen-Hoeksema, 1998), el pesimismo y las interpretaciones negativas sesgadas (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell y Berg, 1999), y reduce la eficacia de la solución de problemas (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995).

Aunque la formulación inicial de la teoría sólo planteaba una relación entre el estilo rumiativo y mayor duración e intensificación de los síntomas, estudios posteriores han mostrado que el estilo de respuesta rumiativo puede predecir episodios depresivos futuros. Just y Alloy (1997) encontraron que, tras evaluar los estilos de respuesta en un grupo de sujetos no deprimidos, aquellos con puntuaciones más altas fueron más propensos a sufrir un episodio depresivo 18 meses después. Por tanto, el estilo rumiativo no sólo parece estar relacionado con la perpetuación del estado de ánimo depresivo, sino que además puede generar mayor vulnerabilidad a sufrirlo. De forma similar se ha encontrado que en adultos en duelo, un estilo rumiativo un mes después del acontecimiento es capaz de predecir un episodio a los 6 meses, incluso tras controlar los niveles iniciales de depresión, y de otras variables importantes como el apoyo social, el estrés o el género (Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994). En otro estudio en el

que participaron 1300 personas de la población general, se encontraron resultados semejantes (Nolen-Hoeksema y Larson, 1999), e incluso se extendieron, pues el estilo rumiativo fue capaz de predecir la sintomatología ansiosa (Nolen-Hoeksema, 2000) y el abuso de alcohol (Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002), dos factores habitualmente asociados a la depresión.

Por lo tanto la investigación ha demostrado que un estilo rígido de respuesta rumiativo es un elemento relativamente estable y no un mero síntoma del episodio depresivo que desaparezca tras la remisión de éste.

Posteriormente a estos estudios se señaló la posible existencia de un solapamiento entre la forma de evaluar la tendencia a rumiar y la propia sintomatología depresiva, lo cual podría aumentar de forma artificial su capacidad predictiva. Esto llevó a un refinamiento de la principal escala para evaluar el estilo rumiativo (Ruminative Response Scale, Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) y a un re-análisis de los datos obtenidos en estudios previos. Tras esto se concluyó que aun eliminando los ítems relacionados con la sintomatología depresiva, seguía manteniéndose la capacidad predictiva de la escala (Treyner, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003). Y por otro lado, que existían dos facetas diferenciadas dentro de la escala, una adaptativa a largo plazo que consistiría en la tendencia a reflexionar (*reflection*), y otra perjudicial que consistiría en la rumiación negativista o en la tendencia a reproches sobre uno mismo y sobre las situaciones (*brooding*).

Diferentes estudios han mostrado que aunque ambas estrategias producen un aumento en sintomatología depresiva a corto plazo, sólo el componente desadaptativo del estilo rumiativo, *brooding*, predice aumentos en sintomatología depresiva a largo plazo (Joormann, 2006; Joormann, Dkane y Gotlib, 2006; Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003; Siegle, Moore, Thase, 2004). En una línea similar, Ingram, Miranda y

Segal (1998) propusieron que el pensamiento continuado sobre un problema no supone siempre un proceso disfuncional, ya que puede conducir a nuevas soluciones de un problema; sin embargo, en personas con un auto-esquema negativo, la rumiación perdería su posible función adaptativa por la pérdida de flexibilidad en el proceso.

Respecto a las diferencias de sexo, las investigaciones realizadas al respecto muestran que existe una mayor probabilidad en las mujeres de quedarse enganchadas en un estilo de pensamiento más desadaptativo. Este dato junto a que las mujeres tienen el doble de probabilidades de deprimirse que los hombres, ha hecho plantearse que el estilo rumiativo podría ser uno de los factores que influyan en el desarrollo de la depresión, como así ha sido demostrado (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

En vista de que el estilo rumiativo está relacionado con la perpetuación e intensidad del episodio y con la predicción de episodios depresivos futuros, es interesante formularnos cuál es el origen del estilo rumiativo, es decir, cómo se instaura y se mantiene en la persona. No obstante, los resultados al respecto son menos esclarecedores. La teoría inicial sugería que el estilo rumiativo podría ser aprendido de figuras relevantes por modelado (Nolen-Hoeksema, 1991), aunque no hay apoyos en la investigación al respecto. Posteriormente, se consideró que la percepción de utilidad de estas respuestas en personas que tienden a rumiar, en el sentido de que les puede ayudar a mejorar la comprensión de sí mismos o la resolución de los problemas que les generan malestar, podría ser un mecanismo metacognitivo mantenedor de las mismas (Papageoriou y Wells, 2001; Watkins y Barcaia, 2001). Sin embargo, esta explicación podría ser una justificación ad hoc que se dan estas personas para justificar ante sí mismas su propia conducta.

Otros estudios han propuesto que el estilo rumiativo podría ser una consecuencia del neuroticismo. Dos investigaciones longitudinales, una prospectiva y otra

retrospectiva, han demostrado que el estilo rumiativo aparece como factor mediador entre la variable neuroticismo y el aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo (Nolan, Roberts, y Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998). Recientemente, se ha completado aún más esta cadena causal, incluyendo otro eslabón entre la variable neuroticismo y el estilo rumiativo: la complejidad emocional (Hervás y Vázquez, 2006). En este sentido, la tendencia a experimentar estados emocionales complejos -tendencia derivada del neuroticismo- sería en parte responsable de la activación del estilo rumiativo (Hervás y Vázquez, 2011).

Por otro lado, varios estudios han mostrado que el estilo rumiativo podría estar relacionado con la vulnerabilidad cognitiva de diferentes formas. Un estudio longitudinal de 2 años y medio de duración encontró que el estilo rumiativo mediaba la relación entre diversos factores de vulnerabilidad cognitiva y de personalidad y la aparición de nuevos casos de depresión a lo largo del tiempo (Spasojevic y Alloy, 2001). Además, en otro análisis proveniente del mismo proyecto de investigación se comprobó que los sujetos con un alto riesgo cognitivo (definido por tener un estilo atribucional depresógeno y baja autoestima) y que además presentaban un estilo de pensamiento rumiativo, manifestaban un mayor riesgo de sufrir un episodio depresivo que el resto de los participantes (Robinson y Alloy, 2003).

Por último, la investigación también ha mostrado que la sensibilidad al castigo también aparece relacionada con la tendencia a la rumiación (Leen-Feldner, Zvolensky, Feldner y Lejuez, 2004); es decir, que rumiar podría ser una forma automática de reacción preventiva para analizar, y en su caso evitar, futuros acontecimientos negativos, reacción que por tanto se agudizaría según las personas son más sensibles al castigo.

En resumen, este modelo ha recogido una importante cantidad de evidencia a su favor tanto a través de estudios longitudinales como experimentales, y ha mostrado que la forma en que las personas reaccionan a los primeros síntomas de disforia puede ser de gran transcendencia para el desarrollo posterior de un trastorno clínico.

1.2.2. La supresión de pensamientos

Otra línea de investigación sobre el funcionamiento cognitivo se centra en los intentos que pueden hacer las personas por eliminar pensamientos negativos. Este es un aspecto interesante pues se plantea que el sujeto no está inerte ante su propia actividad mental, sino que hace esfuerzos para regularla aunque a veces, como vernos más adelante, esos intentos pueden ser prematuros, incompletos, o incluso tener un efecto negativo (Vázquez, Hervás, Pérez-Sales, 2008). Por ejemplo, una extensa literatura empírica ha encontrado que los intentos voluntarios y esforzados por controlar pensamientos negativos pueden ser contraproducentes, produciendo un incremento en la accesibilidad de dicho pensamiento, especialmente en situaciones de alta demanda cognitiva en las que hay menos recursos cognitivos disponibles para realizar un adecuado control mental (p. ej.: presión de tiempo, tarea simultánea de recuerdo) (ver revisión en Wenzlaff y Wegner, 2000).

La primera investigación que se realizó sobre los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos fue realizada por Wegner, Chneider, Carter y White (1987) en el experimento denominado “oso blanco” (*white bear*). Estos autores plantearon que la supresión de un pensamiento es una tarea difícil de realizar, ya que algunos pensamientos tras ser suprimidos, podrían volver posteriormente a la conciencia con una mayor intensidad. Para contrastar estas hipótesis, realizaron dos experimentos. En ambos se entrenó previamente a los participantes a verbalizar sus pensamientos sin ningún tipo de restricción. En el primer experimento se les pidió a los participantes que

mientras verbalizaban sus pensamientos durante cinco minutos, suprimieran cualquier pensamiento relativo a un “oso blanco”. Además, debían hacer sonar una campana cada vez que ese pensamiento les viniera a la mente. En un periodo posterior, los participantes tenían como tarea pensar en un oso blanco y señalar la aparición en la mente de dicho pensamiento (condición de supresión inicial). Otro grupo de participantes recibió instrucciones idénticas pero en orden inverso, es decir, tenían que inicialmente pensar en un oso blanco y después recibían instrucciones de supresión (condición de expresión inicial).

El estudio mostró que, por un lado, los participantes pensaron en un oso blanco más de una vez por minuto, incluso cuando se les pidió explícitamente que no pensarán en él. Por otro lado, el pensamiento del oso blanco fue significativamente más frecuente en el periodo de expresión de la condición de supresión inicial que en la de expresión inicial. Es decir, la supresión inicial producía un aumento en la frecuencia del pensamiento oso blanco durante el periodo de expresión siguiente. Además, también se pudo observar que los toques de campana se incrementaban con el tiempo durante el periodo de expresión en la condición supresión inicial, y que esto mismo no ocurría durante el periodo de supresión del grupo supresión inicial, ni en los periodos de expresión y supresión del grupo expresión inicial. Es decir, cuando los participantes son liberados de la tarea de supresión y se les pide expresar el pensamiento, lo hacen en un grado acelerado, mencionándolo más frecuentemente que si se les hubiera pedido que simplemente los expresaran desde el principio.

Hay pocos estudios que hayan evaluado los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos con muestras depresivas, basándose la mayoría de ellos en poblaciones análogas como estudiantes disfóricos. En este sentido, Conway y colaboradores encontraron en una serie de estudios donde se instruía a participantes disfóricos y no-

disfóricos a suprimir pensamientos (Conway, Howell y Giannopoulos, 1991) o recuerdos autobiográficos (Howell y Conway, 1992), que los participantes disfóricos mostraban mayores dificultades en suprimir pensamientos o eventos negativos que positivos.

Estudios posteriores han mostrado el papel de la supresión de pensamientos en la vulnerabilidad a la depresión. Por ejemplo, en un estudio longitudinal se evaluó a un grupo de participantes en dos ocasiones con una separación de siete semanas. Tras analizar los niveles de estrés que tenían, se encontró que la tendencia a suprimir pensamientos aparecía asociada 7 semanas más tarde a un mayor grado de sintomatología depresiva, aunque sólo en casos de alto estrés vital, sucediendo lo contrario —menor aumento de síntomas depresivos— cuando el estrés era bajo (Beevers y Meyer, 2004). En otra serie de estudios de laboratorio, se ha encontrado también un efecto similar aunque en lugar de estrés se empleó una carga cognitiva (i.e., memorizar un número de cinco cifras durante el experimento). En un primer estudio Wenzlaff y Bates (1998), utilizaron la tarea de palabras desordenadas, la cual consiste en formar frases con sentido ordenando cinco palabras dentro de grupos de seis palabras desordenadas, pudiendo formar dichas frases de manera negativa o positiva. En este estudio encontraron que en ausencia de carga cognitiva las personas con riesgo de depresión no mostraron diferencias con respecto a los controles en el procesamiento negativo de la información. Sólo cuando se impuso una carga cognitiva las personas vulnerables construyeron un mayor número de frases de forma negativa en comparación a personas no vulnerables. Además cuando se analizó el grado de cambio entre una prueba y otra se encontró que los que más alteraron sus respuestas eran los que mayor nivel de tendencia crónica a la supresión tenían. Posteriormente, y de manera similar, Wenzlaff y colaboradores encontraron que en ausencia de carga cognitiva las personas

actualmente deprimidas mostraban mayor intrusión de pensamientos negativos que personas con historia de depresión. Sin embargo bajo carga cognitiva ambos grupos mostraron el mismo número de intrusiones (Wenzlaff y Eisenberg, 2001; Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz y Sweatt, 2001).

Por último, también se ha encontrado un vínculo entre la tendencia a suprimir pensamientos y el estilo rumiativo, algo paradójico dado que ambos procesos parecerían ir en dirección opuesta. En un estudio longitudinal se observó que, después de 10 semanas, los participantes con una mayor tendencia a suprimir pensamientos, y que además sufrían un alto nivel de estrés, experimentaron una mayor reacción rumiativa y mayor sintomatología depresiva (Wenzlaff y Luxton, 2003).

El modelo teórico que inicialmente y con más fuerza ha explicado este efecto paradójico de la supresión de pensamientos ha sido el de la *teoría de los procesos irónicos*. Este modelo establece que en la supresión están involucrados dos mecanismos: un “*proceso intencional operante*” que funciona mediante la generación consciente de distractores con el fin de mantener el pensamiento no deseado alejado de la mente, y que requiere una cantidad elevada de recursos cognitivos para su correcto funcionamiento, y un “*proceso de monitorización automático*” que funciona de forma inconsciente, requiriendo pocos recursos cognitivos. Durante los intentos de supresión, este proceso comprueba que el elemento a suprimir no ha aparecido en la mente. De modo que, si el proceso de monitorización detecta una intrusión del pensamiento no deseado, el proceso operante vuelve a iniciar de nuevo la búsqueda de distractores con los que alejar las intrusiones de la mente.

Varios estudios realizados por Wegner y colaboradores (Wegner y Erber, 1992; Wegner, Erber, y Zanakos, 1993) demostraron que los efectos paradójicos de la supresión mental surgen en aquellas ocasiones en las que el individuo se ve sometido a

una alta carga cognitiva. La razón es que si la persona se encuentra bajo presión, el proceso de funcionamiento controlado (el cual recordemos necesita muchos recursos cognitivos para poder operar) se encuentra reducido en su capacidad de generación de distractores, y es entonces cuando el proceso de supervisión automático, que demanda pocos recursos cognitivo, hace que afloren a la conciencia todos aquellos contenidos mentales que precisamente se trataban de evitar.

Posteriormente ha surgido un nuevo modelo, de corte motivacional propuesto por Liberman y Föster (2000). Según este modelo motivacional, las personas infieren de las instrucciones de supresión, de las dificultades que experimentan durante la supresión y de los fallos en supresión, que en cierta medida están motivados a pensar en el material suprimido. De esta manera, si se permite expresar un elemento determinado tras haberlo suprimido, se reducirá la necesidad de la persona en expresarlo, produciéndose una inhibición de los constructos relacionados. Por el contrario, esta inhibición no tendrá lugar si no se permite a la persona expresar el elemento suprimido, apareciendo así el efecto rebote. Diferentes estudios llevados a cabo por los mismos autores han corroborado también estas hipótesis (Liberman y Föster, 2000; Föster y Liberman, 2001).

En resumen, los estudios realizados han mostrado que los intentos de suprimir pensamientos negativos en personas disfóricas o con depresión producen un efecto contrario, aumentando la accesibilidad de éstos. Por otro lado, estas intrusiones también se manifiestan en personas con historia de depresión bajo tareas de carga cognitiva, y además se ha relacionado con la predicción a largo plazo de incrementos en sintomatología depresiva, por lo que podría actuar como mecanismo de vulnerabilidad a la depresión.

1.3. Esquemas cognitivos y vulnerabilidad a la depresión

1.3.1. Los orígenes del concepto de esquemas

El origen de la noción de esquemas en Psicología viene de la mano de Piaget (1926), y Barlett (1932). Por un lado, Piaget (1926) utilizó el término de esquema para explicar los procesos de desarrollo cognitivo en los niños, en especial en los primeros años de vida. A pesar de que Piaget no presentó una definición cuidadosa y exhaustiva del término esquema, de sus trabajos se puede extraer que, según él, los esquemas son una organización plástica a la cual se asimilan las acciones y objetos en el curso del funcionamiento cognoscitivo, pero también se acomodan a las cosas, es decir, se adaptan y cambian su estructura para amoldarse a la realidad.

Por otro lado, Barlett (1932) utilizó el concepto de esquema para explicar la comprensión y la memoria en ámbitos sociales. Barlett define el esquema como una “organización activa que representa en la memoria el contenido combinado de reacciones previas en forma de un plan para la dirección de la actividad individual o la interacción social”. Los esquemas son interpretados por Barlett como la “fuerza” que guía la reconstrucción, la “forma” en la cual la información se conserva, el “almacén” donde se retiene la información, y la “representación global” de experiencias previas.

Posteriormente Kelly (1966) formuló la “teoría de los constructos personales”, a partir de la cual las personas utilizan conceptos bipolares para categorizar y discriminar cualquier elemento del universo (personas, objetos, acontecimientos, etc.), y representan su especial manera de ver y construir la realidad. Para Kelly, todos los procesos de una persona, incluida su conducta externa, están determinados por el modo en que predice o anticipa su futuro a partir de su sistema de constructos.

En la década de los 70 el concepto de esquema se hace muy popular y comienzan a surgir numerosas investigaciones. Entre ellos están los trabajos de Neisser

(1976), y Rumelhart y Ortony (1977) en el campo de la Psicología cognitiva. Según estos autores los esquemas son estructuras de conocimiento más o menos estáticas que se articulan en redes más complejas. Es decir, los esquemas cognitivos engloban características definitorias de los objetos y además propiedades funcionales de los mismos. Además, éstos juegan un papel activo como procesadores de la información, y por tanto tienen un papel constructivo de la realidad, y pueden tener un efecto distorsionante.

Todos estos trabajos llevados cabo desde la Psicología Cognitiva han sido de gran influencia para numerosos psicólogos que han continuado trabajando con el concepto de esquemas. Entre ellos está la del propio Beck, cuya conceptualización de los esquemas disfuncionales depresivos fue muy influenciada por los estudios previos de Barlett y Kelly, en el sentido de conceptualizar los esquemas como estructuras cognitivas que guían el procesamiento de la persona (Beck y Clark, 1988).

1.3.2. El “yo” como un esquema cognitivo

Los seres humanos no sólo tienen conocimiento del mundo externo, sino que, además, pueden tener acceso a sí mismos como objetos de conocimiento. Desde esta perspectiva parece lícito considerar el “yo” como una estructura de conocimiento (un esquema cognitivo) sobre uno mismo, y que por tanto interviene en el procesamiento de la información.

Los primeros estudios realizados en este ámbito fueron los desarrollados por Markus (1977) y Rogers (Rogers, 1977; Rogers, Kuiper, Kirker, 1977). A pesar de las diferencias a la hora de definir el concepto de auto-esquemas que hay entre ambos

autores¹, éstos coincidirían en señalar dos características básicas de éstos: 1) el conocimiento almacenado en los autoesquemas es un conocimiento genérico del yo; y 2) los auto-esquemas intervienen activamente en el procesamiento de la información.

Los primeros estudios realizados sobre el “yo” como procesador de la información emplearon tareas de memoria (Vázquez, 1986). El recuerdo de una información dada depende del grado de elaboración o profundidad que se da a dicha información cuando se recibe. Por ejemplo, Rogers y cols. (1977) demostraron que los mejores índices de recuerdo se observan cuando la información (i.e., adjetivos de personalidad) es procesada de un modo auto-referente (¿Te describe?) que cuando eran procesados de modo estructural (¿Es una palabra larga?), fonético (¿Rima con) o semántico (¿significa lo mismo que?). Así parece que la auto-referencia es el modo más elaborado, y más profundo que tienen los seres humanos para procesar una información determinada. De la misma manera, Ganellen y Carver (1985), empleando el mismo paradigma experimental que Rogers y cols. (1977) hallaron que este efecto de auto-referencia era más acusado para los adjetivos que los individuos consideraban como más distintivos o característicos de sí mismos.

Otros estudios realizados al respecto han utilizado tareas atencionales como la tarea de escucha dicótica (Bargh, 1982; Moray, 1959) o la tarea Stroop (Geller y Shaver, 1976). Utilizando la tarea de escucha dicótica se halló que cuando se presenta un mensaje precedido con el nombre de la persona o cuando se presenta información auto-referente por el canal no atendido hay un cambio súbito en la atención a dicho canal. Por otro lado, con la tarea Stroop, Geller y Shaver (1976) encontraron que las

¹ Según la definición de Markus existirían diversos auto-esquemas cada uno de los cuales contendrían dominios conductuales diferentes; Mientras que para Rogers todos los atributos del auto-concepto de una persona formarían un único auto-esquema.

personas tardan más tiempo en nombrar el color con el que está escrita una palabra auto-referente que el color con el que está escrita una palabra neutra.

Todos estos hallazgos parecen señalar que la información que tiene que ver con uno mismo, es decir, información auto-referente, recibe un procesamiento distinto que otro tipo de información procesada de manera semántica, fonética, etc., y que tiene por tanto una mayor probabilidad de ser procesada. Más adelante veremos que la mayor parte de estudios que han evaluado sesgos de memoria en la depresión han utilizado como material estimular información auto-referente.

1.3.3. Los esquemas cognitivos desde la teoría de Beck

Dentro del modelo cognitivo de Beck es de especial importancia el concepto de esquema. Éste se define como una estructura cognitiva relativamente permanente organizada a través de la experiencia previa y que permite escanear, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa y decidir el curso de la acción subsiguiente (Kovacs y Beck, 1978). Los esquemas negativos favorecerían de esta forma un procesamiento de la información acorde con dichos esquemas, sesgando diferentes procesos como la atención, la memoria o el juicio. Por lo tanto, los estímulos congruentes con los esquemas del sujeto se atienden, elaboran y se codifican, mientras que la información que no es consistente con tales esquemas se ignora y olvida.

Los esquemas de uno mismo o auto-esquemas pueden ser, según su nivel de activación, explícitos y fácilmente accesibles, o bien latentes, en cuyo caso no se manifestarían de un modo tan sencillo. Por otro lado, los auto-esquemas, además de poseer contenidos positivos o negativos, pueden presentar contingencias de auto-valía. Es decir, existirían unos criterios para proporcionar juicios positivos de valoración, y sólo cuando la persona cumple cierto nivel de exigencias de logro o interpersonales se obtiene auto-valoración (Dance y Kuiper, 1987). Cuando estas contingencias son muy

extremas e inflexibles, contribuyen a la vulnerabilidad, y es entonces cuando se dice que la persona posee esquemas o actitudes disfuncionales.

1.3.4. La evaluación de los esquemas cognitivos

Como comentamos al principio, según la hipótesis de diátesis-estrés existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), que permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. Basándose en estas premisas, las cogniciones negativas se manifestarían durante el episodio depresivo como correlato o consecuencia del mismo, y tras la remisión del trastorno estas cogniciones negativas se volverían latentes y por tanto no se manifestarían (Gotlib y Cane, 1987). Por lo tanto, según esta hipótesis, en ausencia de activación de esquemas las personas con y sin depresión mostrarían patrones similares de cogniciones desadaptativas, y bajo condiciones de “priming” o activación estas cogniciones negativas volverían a surgir sólo en las personas vulnerables.

Se han realizado numerosos estudios que han evaluado las relaciones entre procesos auto-referentes sesgados negativamente y vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Estos estudios han utilizado diferentes tipos de metodologías. Por un lado, se han utilizado cuestionarios diseñados a evaluar el contenido de los esquemas, y por otro lado, tareas de laboratorio para detectar sesgos cognitivos con el objetivo de evaluar de manera indirecta los esquemas negativos subyacentes. A continuación revisaremos estos estudios en función del tipo de medida utilizada.

1. Medidas de autoinforme para evaluar la vulnerabilidad cognitiva

La mayoría de estudios han utilizado la escala de actitudes disfuncionales (DAS, Weissman y Beck, 1978) para evaluar si las creencias disfuncionales están asociadas

con la depresión actual, si se mantienen elevadas después de que el episodio depresivo haya remitido, o si predice episodios depresivos futuros con o sin interacción de estresores (ver revisión en Barnett y Gotlib, 1988). Los primeros estudios realizados con muestras depresivas mostraron que las personas con depresión se auto-asignaban más actitudes disfuncionales que las personas sin depresión (Dobson y Breiter, 1983; Gotlib, 1984; Weisman y Beck, 1978; Zimmerman, coryell, Corenthal, y Wilson, 1986). También se analizó la interacción entre actitudes disfuncionales y sucesos vitales negativos. Los resultados mostraron que los efectos depresógenos de los eventos negativos eran más potentes en personas con vulnerabilidad cognitiva (altas puntuaciones en DAS) en comparación con personas con menor vulnerabilidad (bajas puntuaciones en DAS) (Olinger, Kuiper y Shaw, 1987; Wise y Barnes, 1986).

Posteriormente Miranda y su grupo (Miranda y Persons, 1988; Miranda, Persons y Byers, 1990) realizaron diferentes estudios comparando tres muestras de participantes: depresión actual, historia de depresión y nunca deprimidos. Los resultados mostraron que, de manera similar a los estudios previos, los deprimidos mostraban mayores niveles de actitudes disfuncionales que los otros dos grupos y, además, no había diferencias entre participantes con y sin historia de depresión. Estos resultados fueron interpretados en base a que las actitudes disfuncionales son dependientes del estado de ánimo, y que por tanto son más bien una consecuencia o correlato de la depresión y no un factor de vulnerabilidad.

En una segunda serie de estudios se modificó el diseño y se utilizó una estrategia de *priming*, como la inducción de estado de ánimo negativo, con la intención de activar las actitudes disfuncionales (Scher, Ingram y Segal, 2005). En estos estudios tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin historia de depresión, pero si se observó que en el grupo de participantes con historia, la intensidad del estado

de ánimo negativo correlacionaba con el nivel de actitudes disfuncionales, mientras que no sucedía lo mismo con participantes sin historia de depresión (Gemar, Segal, Sagrati, y Kennedy, 2001; Miranda, Gross, Persons, y Hahn, 1998, Roberts y Kassel, 1996; Solomon, Haaga, Brody, Kirk, Friedman, 1998). Por ejemplo, Roberts y Kassel (1996) encontraron fuertes asociaciones entre afecto negativo y pensamientos automáticos positivos y negativos, autoestima y actitudes disfuncionales pero sólo en personas con historia de depresión en comparación con personas nunca deprimidas. No obstante, a estos resultados, otra serie de estudios no han hallado asociaciones entre la inducción de un estado de ánimo negativo y las actitudes disfuncionales en personas con historia pasada de depresión (Brosse, Craighead y Craighead, 1999; Dykman, 1997).

Los estudios longitudinales realizados son los que han aportado mayor evidencia al modelo cognitivo, en cuanto a la relación entre actitudes disfuncionales y vulnerabilidad a la depresión. Aunque algunos estudios no encontraron resultados significativos la mayoría de ellos sí lo han hecho (ver revisión en Barnett y Gotlib, 1988). Numerosos estudios han encontrado una interacción significativa entre el nivel de actitudes disfuncionales y la gravedad de un estresor de tipo académico (resultados negativos en un examen/denegación de ingreso universitario) en la predicción de la reacción depresiva inicial (Abela y D'Alessandro, 2002; Brown, Hammen, Craske, y Wickens, 1995; Hankin, Abramson, Miller, y Haefel, 2004; Joiner, Metalsky, Lew, y Klocek, 1999). Otros estudios han evaluado con éxito la interacción entre la intensidad general de acontecimientos vitales estresantes y el nivel de actitudes disfuncionales para predecir de forma prospectiva aumentos en sintomatología depresiva, usando diferentes intervalos de seguimiento: 5 semanas (Hankin y cols., 2004), 2 meses (Kwon y Oei, 1992), 14 semanas (Dykman y Johll, 1999), 2 años (Hankin y cols., 2004).

En otro estudio pionero prospectivo realizado con una muestra de 1507 adolescentes, usando un periodo de seguimiento de 1 año, se observó una interacción entre el nivel de estrés y el nivel de actitudes disfuncionales en la predicción de nuevos episodios depresivos (Lewinshon, Joiner y Rohde, 2001).

Por otro lado, en el proyecto longitudinal “Vulnerabilidad cognitiva para la depresión” (*cognitive Vulnerability to depression, CVD*; Alloy y Abramson, 1999), se siguió durante cinco años a una muestra de estudiantes universitarios con un riesgo cognitivo muy alto o muy bajo para desarrollar depresión (en función de su estilo atribucional depresógeno y actitudes disfuncionales), se observó que en comparación con personas con vulnerabilidad cognitiva baja, el grupo de alta vulnerabilidad mostró siete veces más riesgo de tener un episodio depresivo mayor. Por último, en un seguimiento de dos años y medio se evidenció un mayor número de nuevos casos diagnosticados con episodio depresivo mayor en el grupo de alto riesgo, controlando la influencia de otros factores como el género o la historia previa de depresión (Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse y Hogan, 1999).

Por tanto, estos estudios longitudinales, han mostrado que las cogniciones negativas de uno mismo no sólo predicen aumentos en sintomatología depresiva ante la experiencia de sucesos negativos, sino que además predicen futuros episodios depresivos.

2. Medidas de sesgos en el procesamiento de la información

De entre las tareas de laboratorio utilizadas para detectar sesgos cognitivos, y evaluar así de manera indirecta los esquemas negativos subyacentes en participantes vulnerables a la depresión, las más utilizadas a lo largo de la literatura empírica han sido tareas atencionales como la escucha dicótica, la tarea Stroop emocional, las tareas de detección del punto (dot-probe); y las tareas de codificación auto-referente y posterior

recuerdo (ver revisiones en Ingram, Miranda y Segal, 1998; Scher, Ingram y Segal, 2005).

La mayor parte de la investigación ha demostrado que las personas no deprimidas con y sin historia de depresión, muestran el mismo tipo de procesamiento de información positiva que negativa. No obstante, una vez realizado un procedimiento de activación de esquemas (i.e., inducción de estado de ánimo), se han hallado patrones de procesamiento diferentes entre ambos grupos (ver revisión en Segal e Ingram, 1994).

1. Tareas atencionales

En un estudio de *escucha dicótica*, realizado por Ingram, Bernet, McLaughlin, (1994) se les decía a los participantes que en el seguimiento de una historia oirían, por el oído no atendido, palabras distractoras positivas, negativas o neutras. Los errores en seguir la historia fueron evaluados como el grado en que la atención se desvía de la tarea primaria a los estímulos con carga emocional. Los resultados mostraron que sólo tras la inducción de estado de ánimo negativo a través de música, el grupo de historia de depresión mostró un mayor sesgo atencional a los estímulos negativos que el grupo sin historia de depresión. Estos resultados fueron replicados posteriormente por Ingram y Ritter (2000).

En otro estudio, realizado por McCabe, Gotlib, y Martin (2000), tras la inducción negativa del estado de ánimo, se empleó una variación de la tarea *Stroop emocional*, consistente en que la persona debe contestar qué color aparece primero en la pantalla si el de la parte de arriba o el de la parte de abajo, aunque ambos aparecen en realidad en el mismo instante. Las palabras que aparecen justo antes de los colores pueden atraer la atención de forma diferencial, de forma que si un participante estaba prestando atención a una de las palabras, tenderá a decir que ha aparecido primero el color que sustituye a la palabra atendida. Los resultados encontrados en dicho estudio

no fueron exactamente los hipotetizados ya que los participantes con historia de depresión no mostraron un sesgo hacia lo negativo en relación a aquellos sin historia de depresión, sino más bien la ausencia de un sesgo positivo. Otros estudios utilizando la misma tarea no han replicado estos hallazgos al comparar muestras de personas con y sin historia de depresión (Gallardo, Baños, Belloch y Ruizperez, 1999; Gilboa y Gotlib, 1997; Hedlung y Rude, 1995). No obstante, diversos autores han apuntado que la tarea Stroop emocional es una tarea demasiado compleja por el gran número de procesos cognitivos que intervienen y es difícil asegurar que se están evaluando sólo sesgos atencionales (Williams, Mathews, y MacLeod, 1996).

Otros estudios han utilizado el paradigma de la tarea de detección del punto (MacLeod, Mathews y Tata, 1986). Esta tarea consiste en presentar simultáneamente pares de estímulos (p. ej.: palabras): Uno de esos estímulos tiene contenido emocional positivo o negativo, y el otro neutro. A continuación, aparece un punto o asterisco en la misma localización de la pantalla en que se presentó una de las dos palabras, inmediatamente después de que éstas desaparezcan. Una vez que el punto aparece, el participante debe presionar un botón concreto para cada posición (p. ej.: arriba o abajo) y se registra su tiempo de respuesta.

Joormann y Gotlib (2007) condujeron un estudio en la que se presentaban expresiones faciales de alegría o tristeza junto a expresiones neutras durante 1000 ms. Sus resultados indicaron que los participantes nunca deprimidos mostraron sesgos atencionales de enganche a expresiones alegres y de evitación a expresiones tristes. Por el contrario, tanto un grupo de participantes actualmente deprimidos como un grupo de participantes con historia pasada de depresión mostraron ausencia de sesgos atencionales a expresiones de alegría, así como presencia de sesgos de enganche a expresiones de tristeza. Este estudio es especialmente interesante, ya que demostró la

presencia de patrones disfuncionales de atención selectiva en personas vulnerables, incluso en ausencia de condiciones experimentales de activación de las estructuras cognitivas de vulnerabilidad. Este mismo diseño ha sido también utilizado en una muestra de niños con historia de depresión, encontrándose que éstos mostraban un sesgo atencional a información depresiva similar al de los niños actualmente deprimidos, en comparación a la ausencia de sesgos atencionales en niños nunca deprimidos (Hankin, Gibb, Abela y Flory, 2010). Estos resultados indicarían que este tipo de funcionamiento atencional sesgado puede producirse incluso desde las primeras fases del desarrollo en personas vulnerables.

Otra vía para analizar la posible presencia temprana de un marcador atencional de vulnerabilidad ha sido analizar el rendimiento en la tarea de detección del punto en muestras de niños nunca deprimidos pero de alto riesgo, cuyas madres están deprimidas. La investigación ha mostrado que los hijos de personas deprimidas tienen un mayor riesgo a experimentar ellos mismos un episodio depresivo en el futuro (p. ej.: Hammen, 1990; Gotlib y Goodman, 1999). Joormann, Talbot y Gotlib (2007) encontraron que niñas nunca deprimidas pero con madres deprimidas mostraban un sesgo atencional de enganche a expresiones de tristeza y ausencia de sesgo a expresiones de alegría. El sesgo a contenidos positivos, por el contrario, fue característico de las niñas con madres no deprimidas. Estos resultados indican que los patrones atencionales sesgados pueden estar presentes en personas vulnerables a deprimirse incluso sin nunca antes haber desarrollado un episodio depresivo en su vida. En este caso sí se utilizó la inducción negativa previamente a completar la prueba.

2. Tareas de codificación auto-referente y de recuerdo

Los estudios que han evaluado el procesamiento de información auto-referente y su posterior recuerdo han utilizado tareas como la SRET (Self Referent Encoding Task;

p. ej.: Dobson y Shaw, 1987) y la SRIRT (Self-Referent Incidental Recall Task; p. ej.: Vázquez, Díez-Alegría, Hernandez-Lloreda y Nieto, 2008).

Teasdale y Dent (1987) fueron los primeros en evaluar diferencias entre personas con y sin historia de depresión en relación a sesgos en la codificación de material auto-referente. Este estudio encontró que antes de una inducción de estado de ánimo negativo, los participantes con historia de depresión se auto-asignaban un mayor número de palabras depresivas en comparación a las mujeres sin historia de depresión. Después de una inducción de estado de ánimo negativo, los participantes con o sin historia de depresión, mostraron el mismo número de auto-asignación de palabras depresivas. No obstante, en una posterior tarea de recuerdo incidental, las mujeres con historia de depresión recordaron más palabras depresivas auto-asignadas que las mujeres sin historia de depresión, pero sólo tras la inducción de estado de ánimo negativo.

En contraste con el estudio anterior, Bradley y Mathews (1988) encontraron que, sin realizar una inducción de estado de ánimo negativo, participantes con y sin historia de depresión mostraron el mismo patrón de auto-asignación de palabras negativas. En cuanto al recuerdo de material auto-asignado, participantes con y sin historia de depresión también mostraron el mismo patrón de recuerdo de palabras negativas.

Posteriormente, Timbremont y Braet (2004) encontraron que, seguido a una inducción de estado de ánimo negativo, adolescentes con historia de depresión se auto-asignaron un mayor número de palabras depresivas que los adolescentes sin historia de depresión. En la tarea posterior de recuerdo incidental los adolescentes sin historia de depresión recordaron un mayor número de palabras positivas auto-asignadas que los adolescentes con historia. No obstante, en el recuerdo de material depresivo no hubo diferencias entre grupos.

Algunos estudios han evaluado la especificidad y la estabilidad de los auto-esquemas en muestras de pacientes deprimidos durante el episodio depresivo y, posteriormente, una vez que éste ha remitido. Por ejemplo, Dobson y Shaw, 1987 evaluaron una muestra de participantes con trastorno depresivo mayor en dos periodos de tiempo (el primero cuando cumplían criterios y el segundo cuando algunos de ellos ya no cumplían). En el primer periodo de evaluación, se encontró que los pacientes deprimidos se auto-asignaban más adjetivos negativos más adjetivos negativos y menos adjetivos positivos en comparación a un grupo control de participantes nunca deprimidos. En un segundo periodo de tiempo, los participantes que continuaban deprimidos mostraron el mismo patrón de recuerdo que el hallado en la primera fase del estudio. No obstante, los que se recuperaron del episodio depresivo mostraron una disminución de adjetivos negativos auto-asignados, mientras que la auto-asignación de adjetivos positivos continuó siendo baja. Estos resultados sugieren que, una vez que el episodio ha remitido, el procesamiento de la información negativa se reduce, situándose al nivel de procesamiento de los controles nunca deprimidos. Sin embargo, el procesamiento de información positiva continúa siendo diferente al de personas sin historia de depresión.

En otro estudio llevado a cabo por Dozois y Dobson (2001a) compararon el rendimiento en esta prueba en un grupo de personas no deprimidas pero con historia de depresión en dos tiempos separados por 6 meses. En un primer tiempo, los participantes no deprimidos pero con historia previa mostraron una tendencia (no significativa) a auto-asignarse un mayor número de adjetivos negativos que positivos. Mientras que en un segundo tiempo, estos participantes mostraron una mayor auto-asignación de adjetivos positivos que negativos. En cuanto al recuerdo de información auto-referente, se observó en la segunda fase que el recuerdo de información positiva aumentaba

mientras que el recuerdo de información negativa disminuía. Estos resultados sugirieron que el procesamiento auto-referente de información negativa y positiva (auto-adscripción y recuerdo) en personas con historia previa de depresión no se mantiene estable a través del tiempo.

Otra serie de estudios han utilizado este tipo de procedimiento en muestras de personas con alto y bajo riesgo a desarrollar depresión. Por ejemplo, en un estudio realizado por Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse, y Hogan (1997), utilizando una muestra de 1204 estudiantes universitarios, se seleccionaron personas con alto riesgo cognitivo (puntuaciones elevadas en actitudes disfuncionales y un estilo inferencial a hacer atribuciones internas de los sucesos negativos) y personas con bajo riesgo cognitivo (puntuaciones bajas en actitudes disfuncionales y en estilo de atribución depresógeno). Los resultados mostraron que los participantes con mayor riesgo cognitivo se auto-asignaron un menor número de palabras positivas y un mayor número de palabras negativas que los participantes con bajo riesgo cognitivo. En cuanto al recuerdo incidental, se hallaron sólo diferencias en el recuerdo de material positivo, mostrándose más elevado en el grupo de bajo riesgo cognitivo. Este estudio fue uno de los primeros en evidenciar la presencia de sesgos negativos en procesamiento de la información sin necesidad de activar los esquemas en personas con alto riesgo cognitivo.

Por otro lado, otro estudio evaluó una muestra de niños cuyas madres estaban deprimidas (niños de alto riesgo), y otra de niños cuyas madres nunca habían estado deprimidas (niños con bajo riesgo) (Taylor e Ingram, 1999). Después de la inducción de estado de ánimo negativo niños con alto riesgo mostraron menor auto-asignación de material positivo que los niños con bajo riesgo. En el posterior recuerdo incidental, los niños con riesgo recordaron mayor número de palabras negativas auto-asignadas.

Gotlib, Traill, Montoya, Joormann y Chang (2005) compararon una muestra de niños cuyas madres tenían (niños de alto riesgo) o no (niños de bajo riesgo) un diagnóstico de trastorno bipolar. Después de una inducción de estado de ánimo negativo, los niños de ambos grupos no difirieron en la auto-asignación de palabras positivas y negativas, pero en la posterior tarea de recuerdo los niños de alto riesgo mostraron mayor recuerdo para material negativo que los niños de bajo riesgo. Este estudio muestra que a pesar de la ausencia de patología emocional, al experimentar un estado de ánimo negativo, sus estructuras cognitivas negativas se activan manifestando sesgos en la atención y el recuerdo, lo que puede ser un marcador de vulnerabilidad a desarrollar la patología.

Por lo tanto, la presencia de sesgos en el procesamiento atencional y mnemónico en muestras de participantes con vulnerabilidad a la depresión, es decir con historia pasada del trastorno o con alto riesgo a desarrollarlo, se han mostrado de manera más consistente bajo procedimientos de activación de esquemas cognitivos, aunque también hay estudios que han evidenciado la presencia de estos sesgos sin necesidad de activar dichos esquemas (Alloy y cols., 1997; Dobson y Shaw, 1987; Dozois y Dobson, 2001a; Hankin y cols. 2010; Joormann y Gotlib, 2007).

3. Tareas implícitas para evaluar esquemas negativos latentes

Otra serie de estudios han utilizado medidas implícitas para evaluar el procesamiento de información auto-referente. Este tipo de procedimientos al ser implícitos e indirectos podrían tener una relación más directa con la activación de esquemas cognitivos negativos, en comparación con la evaluación de auto-descripciones negativas que estarían más influenciadas por reflexiones y sesgos conscientes. Dentro de esta propuesta se han utilizado medidas de sesgos de accesibilidad mediante tareas de sopa de letras (Hedlund y Rude, 1995) y de palabras desordenadas (Wenzlaff y Bates,

1998; Wenzlaff y cols., 2001). La tarea de sopa de letras consiste en encontrar palabras en un conjunto desordenado de letras que contenía palabras positivas y negativas, siendo el índice de sesgos la proporción de palabras negativas encontradas en un tiempo dado. El método de *priming* utilizado en esta prueba fue la inducción de autofocalización (Hedlund y Rude, 1995).

En la tarea de palabras desordenadas los participantes tienen que formar frases con sentido ordenando cinco palabras dentro de grupos de seis palabras desordenadas, con una restricción del tiempo permitido para ello. Según cómo se ordenen los grupos de palabras desordenadas se puede generar una frase de contenido positivo o negativo sobre uno mismo (p. ej.: *igual soy otros yo inferior a*). El índice en este caso se establece por la proporción de frases negativas respecto a positivas que el participante genere en un tiempo determinado. Un aspecto clave de esta prueba es que se introduce una carga cognitiva mientras el participante la completa (p. ej.: retener en la memoria un número complejo de varias cifras) para detectar la presencia de esquemas negativos latentes, en condiciones de tiempo restringido. La lógica de este procedimiento se basa en la premisa de que las personas tienden a controlar o bloquear los sesgos cognitivos en períodos de ausencia de depresión, aunque persistan los esquemas negativos latentes.

Los tres estudios encontraron diferencias entre los grupos con y sin historia de depresión (mayor proporción de palabras negativas encontradas en la sopa de letras y mayor proporción de frases auto-referentes negativas en la tarea de palabras desordenadas), apoyando la hipótesis de diferencias en el procesamiento de la información entre personas vulnerables y no vulnerables. Además, los estudios de Wenzlaff y cols. (2001) mostraron que el uso de procedimientos de inducción no era la única manera para observar de manera más consistente sesgos en el procesamiento en personas vulnerables, sino que la utilización de tareas que conlleven una saturación de

los recursos cognitivos mientras se completa la tarea, también ayudan a poner de manifiesto estos sesgos.

Estudios longitudinales han mostrado también que la aparición de sesgos de accesibilidad en la condición con carga cognitiva es un predictor significativo de incrementos de sintomatología depresiva a las 4-6 semanas (Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane, Whitney, 2002), incluso en personas diagnosticadas con depresión a los 18-28 meses (Rude, Valdez, Odom y Ebrahimi, 2003). De hecho, en un reciente estudio Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney y Maestas (2010) han evaluado el poder predictor del índice obtenido con la tarea de palabras desordenadas y una medida de actitudes disfuncionales conjuntamente, observándose que si bien ambas medidas predecían el diagnóstico de depresión de personas inicialmente no deprimidas en un seguimiento de 18 meses, al analizar ambos factores conjuntamente el de mayor poder predictivo fue el índice de esquemas negativos latentes, pasando la medida de actitudes disfuncionales a ser marginalmente significativa.

En resumen, cuando se usan medidas de sesgos cognitivos (i.e., tareas de atención o de memoria) como índice de vulnerabilidad los resultados son significativos al comparar personas con y sin historia de depresión, mientras que son mucho más escasos los hallazgos con estudios longitudinales. Cuando se usa la Escala de Actitudes Disfuncionales como índice de vulnerabilidad, sucede lo contrario, es decir, los estudios longitudinales son los que han aportado mayor evidencia. En ambos casos, los resultados más consistentes aparecen en estudios usando metodologías de priming o activación, aportando evidencia a la hipótesis de diátesis-estrés. No obstante, otros estudios han encontrado que no es necesaria tal activación de los esquemas para observar tales sesgos (p. ej.: Alloy y cols., 1997; Dobson y Shaw, 1987; Dozois y Dobson, 2001a; Hankin, 2010; Joormann y Gotlib, 2007).

CAPÍTULO 2. Memoria congruente con el estado de ánimo (MC) y depresión

2.1. MC: conceptualización y evidencia empírica en la depresión

Existen dos marcos de investigación generales que han estudiado las relaciones entre estado de ánimo y memoria: La memoria dependiente del estado de ánimo (MD), y la memoria congruente con el estado de ánimo (MC). El primero se basa en la idea de que cuando una persona codifica algo bajo un estado de ánimo particular, ese recuerdo se activará mucho más fácilmente cuando esa persona se encuentre de nuevo bajo ese estado de ánimo. A pesar de que existe una considerable evidencia empírica sobre los efectos de la MD en estados inducidos por drogas (p. ej.: bajo efectos del alcohol), los estudios realizados con depresión son poco concluyentes (ver revisión en Blaney, 1986; y meta-análisis en Ucros, 1989).

El segundo marco de investigación es el que más investigación ha generado en el ámbito de la depresión. Según la MC es más fácil recordar cosas que tienen una naturaleza emocional similar al estado de ánimo que se tiene durante la recuperación. De esta manera, las personas deprimidas codificarán y recordarán más eficientemente la información negativa que la positiva, ya que la información negativa es congruente con su estado de ánimo, sus expectativas y su modo de evaluar la realidad. Por tanto, este enfoque plantea la interacción entre el estado psicológico del sujeto (alegre o deprimido) y el tipo de material que se procesa (positivo o negativo).

La estrategia básica consiste en presentar a los sujetos una serie de estímulos (normalmente palabras, frases, historias, etc.) en los que se entremezcla información positiva, negativa y neutra. Esta información se puede presentar bajo diferentes formatos experimentales (i.e., una tarea de recuerdo incidental o intencional), y posteriormente se evalúa el rendimiento mnésico del individuo en una determinada variable dependiente. La mayor parte de los estudios han empleado el porcentaje de

recuerdo. Otras medidas utilizadas son el porcentaje de reconocimiento o la rapidez en recordar palabras negativas.

Se han llevado a cabo diversas revisiones a partir de las cuales se ha concluido que los efectos de MC aparecen de manera más robusta bajo ciertas situaciones y más inconsistentes bajo otras (Blaney, 1986; Singer y Salovey, 1988):

La evidencia más consistente se ha observado en personas clínicamente deprimidas, especialmente cuando se usa material auto-referente (p. ej.: Bradley y Mathews, 1983, 1988; Derry y Kuiper, 1981; Kuiper y Derry, 1982). Sin embargo, los estudios que han evaluado muestras con depresión sub-clínica (disfóricos) y participantes eutímicos a los que se les induce un estado de ánimo negativo han mostrado resultados inconsistentes, como veremos más adelante.

Además, también se ha encontrado mayor evidencia empírica utilizando como medida de rendimiento mnemónico el porcentaje de recuerdo que cuando se ha utilizado la latencia de recuerdo o el reconocimiento. Por ejemplo, Brown y Taylor (1986) y Clark, Teasdale, Broadbent y Marton (1983) encontraron que, después de una inducción de estado de ánimo negativo, los participantes recordaron un mayor porcentaje de recuerdo de palabras negativas que positivas. No obstante, no encontraron diferencias en los tiempos de reacción entre el material positivo y el negativo.

En cuanto al reconocimiento, la mayoría de estudios realizados no han encontrado evidencia de sesgos de MC en personas con depresión (p. ej.: Deijen, Orlebeke, y Rijdsdijk, 1994; Neshat-Doost, Taghavi, Moradi, Yule, y Dalglish, 1998; Zuroff, Colussy, y Wielgus, 1983 para evidencia en contra; y Dunbar y Lishman, 1984, para evidencia a favor). Un posible motivo de esta falta de consistencia entre estudios, puede ser debido a que el uso de tareas de reconocimiento, en comparación con las tareas de recuerdo libre, es más sensible a distorsiones o “falsas alarmas” en la

recuperación de información congruente con los esquemas. De esta manera, cuando uno recuerda información auto-referente (empleando una tarea de reconocimiento), obtiene muchos aciertos, pero también comete muchas falsas alarmas (Rogers y cols., 1979).

Matt, Vázquez y Campbell (1992) realizaron un meta-análisis donde se analizó más de cuarenta investigaciones. Los resultados estadísticamente combinados de estos estudios demostraron que las personas deprimidas, así como las personas no deprimidas a las que se les induce un estado de ánimo negativo muestran un mayor recuerdo de información negativa que positiva. Estos efectos de MC son más robustos en las personas actualmente deprimidas, que en las personas a las que se les induce un estado de ánimo negativo. Mientras las personas no deprimidas, así como las personas no deprimidas a las que se les induce un estado de ánimo alegre, muestran un patrón de recuerdo opuesto: mayor recuerdo de información positiva que negativa. En este caso, los efectos de MC son más robustos en las personas con inducción de estado de ánimo alegre que en las personas sin dicha inducción.

Por último, las personas sub-clínicamente deprimidas o disfóricas (es decir, con puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva pero que no cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor) no muestran un recuerdo diferencial para ambos tipos de material positivo y negativo. En este sentido, no muestran sesgos de recuerdo para lo positivo (como lo hacen las personas no deprimidas) ni para lo negativo (como lo hacen las personas deprimidas), careciendo este grupo, por tanto, de los efectos denominados de asimetría (i.e., asimetría positiva en el caso de personas no deprimidas, y asimetría negativa en el caso de personas deprimidas).

Estos resultados son interesantes a la hora de analizar los patrones de recuerdo en función de las variaciones en el estado de ánimo. Estos resultados sugieren que la depresión podría tratarse más de un continuo y no tanto como una categoría, en que los

sesgos positivos vayan gradualmente desapareciendo a medida que se va agravando el problema.

2.2. Tipo de material a recordar: auto-referente y autobiográfico

2.2.1. Recuerdo de material auto-referente

Como comentábamos anteriormente, los hallazgos más robustos en el ámbito de la MC se han encontrado en tareas de recuerdo que implican que la persona tenga que juzgar si el material presentado es auto-descriptivo o no. Bajo este paradigma experimental, se presentan de manera secuencial una serie de adjetivos de diferente contenido emocional (positivo, negativo, neutro) y para cada uno de ellos la persona debe evaluar si sería aplicable a ellos o no. Posteriormente se realiza una tarea de recuerdo, generalmente una tarea de recuerdo libre, en la que los participantes tienen que apuntar todas las palabras que recuerden.

Estos hallazgos son consistentes con la teoría cognitiva Beck, la cual propone que las personas deprimidas tienen elevados niveles de esquemas auto-referentes negativos, referidos a temas de pérdida, fracaso, soledad, etc., que facilitarían la retención y el recuerdo de material congruente con esos esquemas activados. También consistente con estos hallazgos son los estudios experimentales realizados a partir de la década de los 80 por parte de la psicología social y la psicología cognitiva, desde las que se ha mostrado que la información que tiene que ver con uno mismo recibe un procesamiento más profundo que otro tipo de información, y que por tanto es más susceptible de ser recordada (ver revisión en Vázquez, 1986).

Diferentes estudios han mostrado estos hallazgos en muestras de participantes actualmente deprimidos (Derry y Kuiper, 1981) y en muestras de participantes disfóricos (Ingram, Smith y Brehm, 1983; Kuiper y Derry, 1982, estudio 1; Sanz, 1996).

En primer lugar, Derry y Kuiper (1981) evaluaron en una muestra de pacientes deprimidos el recuerdo incidental a partir de diferentes modos de procesamiento: auto-referente (¿te describe?), semántica (“¿Significa lo mismo que...?”), y estructural (¿letras minúsculas?). De manera general, hubo un mayor rendimiento de recuerdo cuando se utilizó el procesamiento auto-referente que cuando se utilizó el semántico y el estructural. Además, sólo cuando se utilizó el primer tipo de procesamiento los participantes con depresión mostraron los efectos de MC.

En segundo lugar, los estudios que han evaluado muestras de participantes disfóricos (Derry y Kuiper, 1982; Ingram y cols. 1983; Sanz, 1996) han hallado que sólo bajo la condición de auto-referencia, y no bajo otras condiciones como la semántica o la fonética, se observa un mayor porcentaje de recuerdo (de manera general para el total de la muestra), además un porcentaje similar de recuerdo de información negativa y positiva por parte de los participantes disfóricos, así como un mayor porcentaje de recuerdo de información positiva por parte de personas no disfóricas.

Siguiendo la idea de que el material auto-referente es más potente a la hora de evaluar la MC, otra serie de estudios han comparado la ejecución en tareas donde los participantes deben asignarse adjetivos a ellos mismos (codificación auto-referente) y tareas donde la asignación de adjetivos se realiza hacia otras personas (codificación referente a otras personas). Estos estudios, utilizando muestras de pacientes deprimidos (Bradley y Mathews, 1983) y disfóricos (Kuiper y Derry, 1982, estudio 2), han mostrado que los efectos de la MC se observan específicamente ante material referido a uno mismo y no ante material referido a otras personas. Por ejemplo, Bradley y Mathews (1983) hallaron que los pacientes deprimidos recordaron más palabras negativas que positivas en la condición de auto-referencia, mientras que en la condición

de referencia a otros, mostraron un sesgo positivo (i.e., mayor recuerdo positivo que negativo).

Estudios más recientes, utilizando muestras de pacientes con depresión, han replicado estos mismos hallazgos en cuanto a la existencia de un efecto de congruencia entre el estado de ánimo y el tipo de material auto-referente recordado. Dozois y Dobson (2001b) encontraron que personas deprimidas se auto-asignaron un mayor número de palabras negativas que las personas no deprimidas, las cuales mostraron el patrón contrario. Respecto al recuerdo, sólo hubo diferencias para el material positivo, el cual fue mejor recordado por las personas sin depresión en comparación con las personas con depresión. En cuanto a las diferencias inter-grupo, los participantes no deprimidos mostraron una mayor auto-asignación y un mayor recuerdo de palabras positivas que negativas, mientras que los pacientes deprimidos no mostraron diferencias ni en la auto-asignación ni en el recuerdo para ambos tipos de material.

Gotlib, Kasch, Traill, Joormann, Arnow y Johnson (2004) utilizaron en su estudio material positivo, depresivo y amenazante. Los resultados hallados mostraron que las personas con depresión se auto-asignaron y recordaron un mayor número de palabras depresivas, y un menor número de palabras positivas que los participantes sin depresión. En cuanto a las diferencias intra-grupo, los pacientes con depresión se auto-asignaron y recordaron un mayor número de palabras positivas y negativas que de amenazantes. Al igual que en el estudio de Dozois y Dobson (2001b) los pacientes deprimidos no mostraron diferencias entre el recuerdo de material positivo y negativo.

Por otro lado, y de manera inconsistente a los estudios previos Vázquez, Díez-Alegría, Hernández-Lloreda y Nieto (2008) encontraron que tanto pacientes deprimidos como participantes controles se auto-asignaron un mayor número de palabras positivas que negativas. Respecto al recuerdo, los pacientes deprimidos recordaron menos

palabras positivas que los participantes controles, pero no se encontraron diferencias para el material negativo. Por otro lado, los pacientes deprimidos no mostraron diferencias entre el recuerdo de palabras positivas y negativas.

Como vimos en las revisiones hechas en la literatura de la MC (Blaney, 1986; Singer y Salovey, 1988) los resultados encontrados con participantes con disforia y, sobre todo, con participantes eutímicos a los que se les induce un estado de ánimo negativo han sido inconsistentes. Por ejemplo, como vimos anteriormente Kuiper y Derry (1982 estudios 1 y 2) y Sanz (1996) encontraron que los participantes disfóricos mostraban el mismo porcentaje de recuerdo para material positivo y negativo, no sesgando, por tanto, su recuerdo ni para lo positivo ni para lo negativo (ver también meta-análisis en Matt y cols., 1992). Posteriormente, Gilboa, Roberts y Gotlib (1997) hallaron los mismos resultados en participantes disfóricos (i.e., ausencia de asimetría en el recuerdo). Por el contrario, Dorenfeld y Roberts (2006) hallaron que las personas con disforia mostraban un recuerdo superior de palabras negativas auto-asignadas que positivas auto-asignadas.

El estudio de Gilboa y cols. (1997) y el de Dorenfeld y Roberts (2006) también incluyeron en sus muestras un grupo de participantes eutímicos, la mitad de los cuales se les inducía a un estado de ánimo negativo, y a la otra mitad no. En el primer estudio se halló que las personas con estado de ánimo negativo inducido mostraron el mismo patrón de auto-asignación y de recuerdo que los participantes sin inducción (i.e., mayor auto-asignación y recuerdo para material positivo que negativo). En el segundo estudio sí se encontraron diferencias entre ambas condiciones: los participantes con inducción negativa mostraron un recuerdo similar para material positivo y negativo (i.e., ausencia de asimetría del recuerdo) mientras que los participantes sin inducción recordaron más palabras positivas que negativas. Ambos estudios muestran, por tanto, resultados

inconsistentes entre ellos, y además, también, con los resultados hallados en el meta-análisis de Matt y cols. (1992).

También es interesante señalar que en estos estudios Gilboa y cols. (1997) y Direnfeld y Roberts (2006) utilizaron tareas de aprendizaje incidental (donde no se da la instrucción de recordar cuando se presenta el material) e intencional (donde sí se da la instrucción), y únicamente encontraron resultados significativos bajo un procedimiento de aprendizaje incidental. Esto sugeriría que el aprendizaje incidental podría conllevar un procesamiento más implícito de la información, y por ello personas que actualmente no están deprimidas pero que tienen altos niveles de sintomatología depresiva (i.e., disfóricos) o que se sienten tristes (por la inducción de estado de ánimo negativo) mostrarían sesgos en el recuerdo, mientras que el aprendizaje intencional supondría un procesamiento más explícito y controlado, donde la persona puede controlar el tipo de material que va a procesar y recordar. Esto, por tanto, podría ser un factor importante para observar sesgos en el recuerdo en muestras de personas con disforia, o incluso en muestras de personas con historia pasada de depresión (como analizaremos en el primer estudio de esta tesis).

En resumen, los estudios que han evaluado sesgos en el recuerdo en muestras de participantes con depresión clínica y sub-clínica, han encontrado datos más consistentes bajo metodologías que requieren un procesamiento auto-referente que cuando la información es procesada de otra manera (p. ej.: referida a otros, semántica, fonética, estructural, etc.). Además, de manera general, los estudios han hallado que pacientes deprimidos se auto-asignan un mayor número de adjetivos negativos que positivos, y, que además, muestran un recuerdo superior de éste. No obstante, otra serie de estudios han hallado que personas deprimidas muestran el mismo porcentaje de recuerdo de

material positivo que negativo (Dozois y Dobson, 2001b, Gotlib y cols., 2004; Vázquez y cols., 2008).

2.2.2. Recuerdo de material autobiográfico

También se han encontrado resultados consistentes utilizando material autobiográfico. De hecho algunos autores afirman que el efecto MC es más fuerte para este tipo de recuerdos (Clark y Teasdale, 1985; Brewin, 1988; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988). La mayor parte de los estudios han utilizado listas de palabras emocionales positivas, negativas, y neutras (i.e., divertido, triste, ciudad) a partir de las cuales se evocan recuerdos personales. En estos estudios se ha evaluado el porcentaje de recuerdos positivos y negativos generados, así como la latencia en la respuesta. Lloyd y Lishman (1975) evaluaron la rapidez en el recuerdo de eventos personales positivos y negativos. Estos autores encontraron que los pacientes deprimidos mostraban menores latencias de recuerdo para material negativo y una tendencia (no significativa) a mostrar mayores latencias de recuerdo para material positivo respecto a los participantes sin depresión. Fogarty y Hemsley (1983) evaluaron la accesibilidad de recuerdos positivos y negativos en dos ocasiones diferentes. En la primera de ellas, se observó que las personas deprimidas recordaron más elementos negativos que las personas no deprimidas. Además, había una correlación positiva entre la gravedad del estado de ánimo deprimido y el porcentaje de recuerdo negativo. En la segunda ocasión, se observó que la mejora del estado de ánimo deprimido entre las dos ocasiones redujo la probabilidad de recordar sucesos negativos.

Posteriormente, Ruíz-Caballero y Donoso-Cortés (1999) utilizaron en vez de palabras, listas de experiencias positivas y negativas (p. ej.: haces un nuevo amigo, pierdes tu trabajo, etc.) a partir de las cuales los participantes tenían que evocar recuerdos. Ante frases negativas, las personas con depresión mostraron un mayor

porcentaje de recuerdo de experiencias personales negativas, en comparación con las personas sin depresión. No hubo diferencias ante frases positivas. Posteriormente a cada recuerdo tenían que señalar el grado de afectividad positiva y negativa, asociada a cada recuerdo. Las personas con depresión evaluaron las experiencias positivas descritas como menos positivas que las personas sin depresión, y sus experiencias negativas como más negativas que los controles.

Otros estudios han utilizado muestras de ancianos con y sin depresión (Serrano, Latorre y Gatz, 2007; Young y Rehm, 1993). Estos estudios han mostrado que los ancianos con elevados niveles de depresión recordaron más sucesos personales negativos que los ancianos sin depresión. En ninguno de los dos estudios se encontraron diferencias para el material positivo. Respecto a las latencias en el recuerdo, en el primer estudio sólo encontró efectos generales: menores latencias para material positivo que negativo. El segundo estudio, inconsistentemente con el marco de MC, encontró que los ancianos deprimidos respondían más rápido a eventos personales positivos que negativos.

En una serie de estudios realizados por el grupo de Teasdale se evaluaron muestras de participantes eutímicos a los que se les inducía experimentalmente un estado de ánimo negativo o positivo (Teasdale y Fogarty, 1979; Teasdale, y cols., 1980; Teasdale y Taylor, 1981). Como medida de rendimiento se utilizó el porcentaje de recuerdo y/o la latencia de recuerdo. En este sentido, las experiencias positivas fueron mejor recordadas en la condición de inducción de estado de ánimo positivo, y las experiencias negativas en la condición de inducción de estado de ánimo negativo. Por otro lado, también se encontró diferencias en la latencia de recuerdo: los recuerdos positivos fueron más rápidamente recordados cuando el estado de ánimo era positivo, y los recuerdos negativos cuando el estado de ánimo era negativo.

Posteriormente, Clark y Teasdale (1982) seleccionaron una muestra de pacientes con variaciones naturales diurnas en su estado de ánimo y se evaluó su recuerdo en dos momentos del día diferentes. En una de esas ocasiones los pacientes estaban más deprimidos que en otros momentos del día. Los participantes tenían que recordar en esos momentos recuerdos pasados de su vida asociados a una serie de palabras neutras. Se evaluó la latencia de recuerdo y el porcentaje de recuerdo. Los resultados mostraron que en los momentos de mayor depresión las experiencias negativas fueron mejor recordadas que en los momentos de menor depresión. Por otro lado, se recordaron más experiencias positivas durante los momentos de menor depresión en comparación a los momentos de mayor depresión. En contraste con los estudios anteriores realizados por el grupo de Teasdale, no se hallaron diferencias en la latencia de recuerdo ni para material positivo ni para material negativo.

2.3. Factores cognitivos asociados a la MC

2.3.1. MC y estilo rumiativo

Como comentamos anteriormente la teoría de los estilos de respuesta propone que la tendencia a rumiar sobre los síntomas depresivos, incrementa el estado de ánimo negativo y el riesgo de desarrollar depresión (Nolen-Hoeksema, 1991). Por ejemplo, diferentes estudios han mostrado que la inducción experimental de rumiación en personas disfóricas conlleva al mantenimiento y exacerbación del estado de ánimo negativo, menor capacidad en la solución de problemas, inhibición de la conducta instrumental, y mayor pensamiento negativo. Por otro lado, la inducción de distracción actúa disminuyendo el estado de ánimo negativo (ver revisión en Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008) Estos mismos resultados no se han observado en personas no disfóricas cuando son inducidas a rumiar, por lo que se ha considerado que

los efectos perniciosos de la rumiación se dan en interacción con un estado de ánimo negativo (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993; 1995, Lyubomirsk, Caldwell, y Nolen-Hoeksema, 1998).

La rumiación ha sido considerada como un factor que afecta negativamente a la capacidad de concentración y al recuerdo de estímulos neutros, distrayendo la atención de los individuos durante la tarea cognitiva y perjudicando así su ejecución. Por ejemplo, en una serie de estudios se observó que los participantes disfóricos inducidos a rumiar (o a focalizar en ellos mismos) mostraban una disminución en la concentración de tareas académicas, necesitando tiempo adicional en la lectura y en la ejecución de la tarea (Lyubomirsky, Boehm, Kasri, y Zehm, 2011; Strack, Blaney, Ganellen y Coyne, 1985). Por otro lado, Hertel (1998) realizó un estudio donde se les pedía a participantes disfóricos y no disfóricos que recordaran listas de palabras neutras. Después de aprender las palabras, a un grupo se les inducía a rumiar, otro a distraerse, y a un tercer grupo no se les daba ninguna instrucción. Los participantes disfóricos inducidos a rumiar tuvieron una peor ejecución en el recuerdo de palabras que los no disfóricos de la condición de inducción de rumiación, y de la condición control. No se hallaron diferencias entre grupos en la condición de distracción. Por tanto, parece que los pensamientos irrelevantes con la tarea contribuyen a la peor ejecución de la memoria en personas con disforia. De hecho varios estudios han mostrado que altos niveles de rumiación en personas deprimidas generan dificultades en la capacidad de cambiar de estrategias cognitivas efectivas para resolver problemas (fenómeno que se ha denominado inflexibilidad cognitiva), mostrando más perseverancia en sus estrategias y cometiendo por tanto más errores (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins y Brown, 2002).

En el campo de la MC, la literatura empírica llevada a cabo en el contexto de los estilos de respuesta ha señalado que los procesos de memoria pueden verse

influenciados por la combinación de emociones negativas y rumiación. La mayor parte de estos estudios ha utilizado eventos autobiográficos como material a recordar, es decir, recuerdos de eventos de vida personales. La investigación sobre rumiación sugiere que la depresión está relacionada con sesgos negativos de recuerdo que pueden exacerbarse mediante procedimientos de auto-focalización como la rumiación (ver revisión en Nolen-Heksema y cols., 2008). De hecho, varios estudios han demostrado que personas con depresión moderada y con depresión clínica muestran dificultades para inhibir información negativa (p. ej.: Linville, 1996; MacQueen, Tipper, Young, Joffe y Levitt, 2000; Joormann, 2004), produciéndose un prolongado procesamiento de aspectos negativos irrelevantes. Recientes estudios han hallado que altas tendencias en un estilo rumiativo explicaría estas dificultades en desenganchar la atención de material negativo permaneciendo así más accesible en la memoria de trabajo (p. ej.: Joormann, 2006; Joormann, Dkane y Gotlib, 2006).

Según esta perspectiva las personas deprimidas se engancharían en más pensamientos autofocalizados (negativos), los cuales pueden promover el recuerdo de información negativa. Pyszczynski, Hamilton y Greenberg (1989), fueron uno de los primeros en evaluar si la autofocalización podría estar relacionada con los efectos MC. En este estudio los participantes disfóricos y los no disfóricos fueron asignados a dos condiciones diferentes: autofocalización o focalización externa. Posteriormente, tenían que escribir 10 eventos personales que les hubieran pasado en las últimas 2 semanas. Los resultados mostraron que los participantes disfóricos recordaron un mayor número de recuerdos personales negativos después de la inducción de autofocalización que después de la inducción de focalización externa. Además, los eventos recordados por los participantes con disforia fueron más negativos que los eventos recordados por los participantes sin disforia bajo la condición de autoenfoco pero no bajo la condición de

focalización externa. Estos resultados evidencian que el auto-enfoque tiene un efecto negativo en el recuerdo de eventos personales, pero sólo cuando la persona tiene un estado de ánimo negativo.

De manera consistente con estos hallazgos, Hertel y El-Messidi (2006, véase también en Hertel y Brozovich, 2010) hallaron que personas disfóricas inducidas a focalizar sus pensamientos en ellos mismos (i.e, rumiación) mostraban en una tarea de memoria un mayor recuerdo de material procesado como auto-referente en comparación a personas disfóricas inducidas a focalizarse en elementos externos (i.e., distracción), y a personas no disfóricas de ambas condiciones experimentales (rumiación y distracción). No obstante, el porcentaje de recuerdo de material procesado como no auto-referente no fue diferente entre los grupos. Estos resultados ponen de manifiesto que la rumiación (en conjunción con un estado de ánimo negativo) podría facilitar un procesamiento más profundo de material auto-referente. Estos resultados son consistentes con recientes modelos neuropsicológicos que relacionan el estilo rumiativo en personas con depresión con una elevada actividad de las áreas cerebrales implicadas en la representación interna del *self*, como el córtex prefrontal medial (Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011).

En un segundo estudio, Pyszczynski, y cols. (1989) comprobaron si los sesgos hallados en el recuerdo tras la inducción de auto-focalización serían específicos para recuerdos auto-referentes o serían generalizados a eventos que sucedieron a otras personas. El procedimiento de este segundo estudio fue el mismo que el primero, salvo que la mitad de disfóricos y no disfóricos de cada condición de inducción tenían que recordar sucesos personales y la otra mitad sucesos ocurridos a otras personas. Los resultados mostraron que al igual que en el estudio anterior los participantes disfóricos recordaron menos eventos personales positivos que los no disfóricos después de la

inducción de autoenfoque. Respecto a los recuerdos de eventos ocurridos a otras personas se encontró que tras la inducción de autofocalización no hubo diferencias en los recuerdos positivos entre los participantes disfóricos y no disfóricos. Después de la inducción de focalización externa los participantes disfóricos recordaron menos eventos positivos de otros que los no disfóricos. Estos resultados han sido interpretados en base a que los auto-esquemas guían el procesamiento de información auto-referente, y por tanto es el material referido a uno mismo es más susceptible de ser negativamente sesgado cuando se está deprimido. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han encontrado que los sesgos de memoria son más evidentes cuando se utiliza material auto-referente como material a recordar (Blaney, 1986; Matt, Vázquez, Campbell, 1992).

Posteriormente Lyubomirsky y cols. (1998) llevaron a cabo una serie de estudios para comprobar si la rumiación en combinación con un estado de ánimo negativo se relacionaba con un mayor recuerdo de eventos personales negativos. En esta serie de estudios Lyubomirsky y colaboradores asignaron a participantes disfóricos y no disfóricos a dos condiciones: rumiación o distracción. Posteriormente, durante cinco minutos tenían que recordar recuerdos personales de sus vidas. Los resultados mostraron que los participantes disfóricos inducidos a rumiar recordaron un mayor número de recuerdos personales negativos que los no disfóricos. Por otro lado, los participantes disfóricos inducidos a distracción recordaron más recuerdos negativos que los no disfóricos. Los no disfóricos inducidos a rumiar y a distraerse no mostraron diferencias en el recuerdo negativo. Estos resultados corroboran la idea de que la rumiación por sí sola no produce mayor recuerdo negativo, sino que es la combinación de un estado de ánimo negativo y un procesamiento rumiativo lo que provocaría estos sesgos negativos en la memoria. Por otro lado, los resultados también sugieren que la

rumiación no es el único factor que estaría asociado al mayor recuerdo negativo, ya que los disfóricos con inducción de distracción también exhibieron el efecto de MC.

En un reciente estudio realizado por Wisco y Nolen-Hoeksema (2009), en el que evaluaron a una muestra de participantes disfóricos y no disfóricos, realizaron en primer lugar una inducción de estado de ánimo positivo o negativo, y luego una inducción de rumiación. Posteriormente se presentaban palabras positivas, negativas y neutras a partir de los cuales los participantes tenían que evocar un recuerdo autobiográfico. Los resultados mostraron lo siguiente:

- a) Después de la inducción positiva y negativa los sujetos disfóricos mostraron mayores niveles de afecto negativo que los no disfóricos, volviendo a los niveles de afecto negativo de la línea base.
- b) La inducción de rumiación provocó (de manera inconsistente con la literatura) un aumento de afecto negativo después de la inducción positiva, y una disminución del afecto negativo después de la inducción negativa.
- c) Efectos MC: Los participantes disfóricos recordaron un mayor número de recuerdos negativos, en comparación a los participantes no disfóricos, independientemente de la valencia de las palabras presentadas (positiva, negativa y neutra). No se encontraron diferencias para el recuerdo positivo. No hubo efectos de la inducción positiva y negativa en el recuerdo, ya que todos los participantes volvieron a los niveles de afecto positivo y negativo de la línea base.

Estos resultados fueron interpretados en base a que la inducción de afecto positivo y negativo no fue lo suficientemente fuerte como para mantener el estado de ánimo generado durante el periodo de rumiación, y por ello los participantes volvieron a los niveles iniciales de afecto positivo y negativo. Por otro lado, el hecho de que

encontraran diferencias en recuerdos autobiográficos negativos entre participantes disfóricos y no disfóricos, independientemente de la inducción de rumiación (la cual no fue efectiva), sugirió que la experiencia prolongada de disforia podría tener mayores efectos en el estado de ánimo y en el recuerdo negativo que las experiencias emocionales transitorias. Estos resultados son consistentes con otro estudio, comentado anteriormente, realizado por Dorenfeld y Roberts (2006). Estos autores hallaron que participantes disfóricos y no disfóricos, a quienes se les induce un estado de ánimo negativo, mostraron una disminución de recuerdo positivo auto-asignado en comparación a los participantes disfóricos sin inducción. Por otro lado, los disfóricos mostraron un mayor recuerdo de adjetivos negativos auto-referentes en comparación con los participantes no disfóricos con y sin inducción, no habiendo diferencias entre estos dos últimos. Estos resultados también muestran que los estados emocionales transitorios, como la inducción de estado de ánimo negativo, tienen un efecto menor en el recuerdo negativamente sesgado que estados más prolongados, como la disforia.

Joormann, Dkane y Gotlib (2006) evaluaron sesgos en atención mediante el paradigma de detección del punto, y sesgos en el recuerdo mediante una tarea de codificación auto-referente en una muestra compuesta de participantes actualmente deprimidos, participantes con historia de depresión, y participantes nunca deprimidos. El objetivo de este estudio fue evaluar si los dos componentes de la Rumiación, (*brooding* y *reflection*) se relacionarían de manera diferencial con sesgos atencionales y de recuerdo a información negativa. Recordemos que *brooding* es el componente desadaptativo de la rumiación el cual que estaría relacionado con aumentos en la sintomatología depresiva a corto y largo plazo, mientras que *reflection* es el componente adaptativo de la rumiación relacionado con aumentos en la sintomatología a corto plazo. Los resultados mostraron que los participantes deprimidos manifestaban mayores

niveles de rumiación (incluido las dos sub-escalas) que los participantes con y sin historia de depresión. Por otro lado, participantes con y sin historia mostraron diferencias en la escala global y en el componente *brooding* pero no en el componente *reflection*.

Respecto a las tareas experimentales, sólo el componente *brooding* correlacionó con sesgos a caras tristes en la tarea de detección del punto. Este componente no correlacionó con sesgos a caras alegres y de amenaza. Por otro lado, ambas subescalas correlacionaron positivamente con el recuerdo de palabras depresivas y amenazantes, y negativamente con el recuerdo de palabras positivas. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de regresión controlando el BDI (*Beck Depression Inventory*, Beck y cols., 1996) para comprobar si estos efectos se mantenían incluso controlando los niveles de sintomatología depresiva. Se observó que en la tarea de atención *brooding* explicaba sesgos atencionales de enganche a caras tristes. No obstante, ninguna de las dos subescalas explicó sesgos en el recuerdo cuando se controló la sintomatología depresiva. Este estudio apoya parcialmente la idea de que la rumiación a través de su componente desadaptativo, *brooding*, estaría asociado a sesgos cognitivos durante el episodio depresivo. En este caso, este componente sólo se relacionó con el enganche a caras tristes, lo cual apoyaría la idea de que las personas deprimidas muestran dificultades en desenganchar su atención de información negativa, y esto podría, a su vez, mantener el estado de ánimo deprimido (ver también Joormann, 2006).

2.3.2. MC y supresión de pensamientos

Como vimos anteriormente los intentos por suprimir pensamientos no deseados pueden en determinadas condiciones ser contraproducentes, produciendo un incremento en la accesibilidad de estos pensamientos (ver revisión en Wenzlaff y Wegner, 2000). Entonces, ¿si esos pensamientos permanecen más accesibles se podría esperar que

fueran también mejor recordados? Wegner, Quillian y Houston (1996) evaluaron los efectos de la supresión de pensamientos en el recuerdo de eventos episódicos vistos en una película. Los participantes visionaban una película durante 35 minutos y luego recibían una de las siguientes instrucciones: 1) suprimir cualquier pensamiento relacionado con la película, 2) pensar en la película o 3) no recibían ninguna instrucción. Después de cinco horas los participantes volvían al laboratorio para evaluar los recuerdos referidos a la película vista. Los resultados mostraron que la instrucción de supresión afectaba negativamente al recuerdo del orden de las secuencias que tenían diferentes escenas de la película. No obstante, no afectaba al recuerdo de escenas específicas que aparecieron durante la película, las cuales fueron recordadas a pesar de la instrucción de supresión. Estos resultados mostraron que la instrucción de suprimir pensamientos o imágenes no perjudicaba al posterior recuerdo del contenido de éstos, aunque sí a la secuencia de los hechos. La idea de que la supresión puede perturbar la secuencia de eventos de la memoria es consistente con hallazgos previos. Por ejemplo, Kuyken y Brewin (1995) hallaron que las personas deprimidas con altas tendencias a suprimir recuerdos de abuso físico o sexual en la infancia mostraban un mayor porcentaje de recuerdos vagos, distorsionados, y generales que las personas deprimidas con bajas tendencias.

Estudios realizados en el ámbito de la depresión han mostrado que las personas con depresión son más propensas a haber experimentado recientemente algún evento de vida estresante, así como experiencias adversas en la infancia (ver revisiones en Brewin, Andrews y Gotlib, 1993; y Hammen, 2005). Además, también han mostrado que la depresión se caracteriza por frecuentes recuerdos autobiográficos intrusivos de esas experiencias de vida negativas. Wenzlaf, Wegner y Roper (1988) fueron los primeros en evaluar si esta mayor intrusión de recuerdos autobiográficos podría ser debido a que las

personas con depresión o disforia cuando intentan distraerse de esos pensamientos negativos utilizan otros pensamientos negativos, mostrando deficiencias en el uso de estrategias de distracción. En este estudio se les pidió a una muestra de personas con depresión y a una muestra de personas no deprimidas que leyeran diferentes fragmentos sobre diferentes situaciones positivas y negativas, y que se imaginaran vívidamente en ellas. Posteriormente, se pedía a un grupo de cada muestra que suprimiera cualquier pensamiento acerca de las situaciones, mientras que a otro grupo de cada muestra no se le dio esta instrucción. A continuación, se les presentaba una serie de situaciones de las que tenían que elegir cuál de ellas serían más útiles para distraer su atención. Estas situaciones podían ser positivas, negativas o neutras. Los resultados de este estudio mostraron que en un inicio tanto los disfóricos como los no disfóricos en la condición de supresión no mostraban diferencias en cuanto a la elección de acontecimientos negativos para distraer su atención. Sin embargo, unos minutos más tarde sólo los participantes disfóricos en la condición de supresión mostraron mayor elección de acontecimientos negativos. Estos hallazgos sugieren, desde la teoría de redes asociativas, que los intentos por suprimir determinados pensamientos o recuerdos negativos producirían un incremento en la activación de las representaciones mentales de otros recuerdos o pensamientos negativos.

Corroborando también estos hallazgos, Dalglish y Yiend (2006) realizaron un estudio con una muestra de participantes disfóricos y no disfóricos. Pidieron a los participantes que escribieran durante dos minutos sobre un evento negativo y estresante que les hubiera pasado en su infancia. Posteriormente, un grupo recibió instrucciones de suprimir pensamientos: tenían que escribir todo aquello que les viniera a la mente pero debían suprimir cualquier recuerdo o pensamiento del evento estresante descrito anteriormente. A otro grupo no se le dio la instrucción de supresión, y únicamente se les

pidió que escribieran todo lo que les venía a la mente. Por último, realizaron una tarea de memoria autobiográfica: a partir de la presentación de una serie de adjetivos positivos y negativos debían evocar recuerdos personales. Los resultados mostraron que los participantes disfóricos a los que se les había dado la instrucción de supresión fueron más rápidos que los disfóricos del grupo no supresión en generar recuerdos en respuesta a palabras negativas presentadas. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en la latencia de recuerdo ante palabras positivas. Esto podría mostrar que para las personas con disforia los intentos de suprimir recuerdos negativos se asociarían con una mayor facilidad a acceder a otros pensamientos negativos pero no a los positivos. Por otro lado, también se encontró una relación significativa entre mayores niveles de sintomatología depresiva e intrusiones del evento estresante durante la segunda parte de la escritura, pero sólo para la condición de supresión.

En resumen, estos estudios indican que bajo estados de ánimo deprimido o disfórico, los intentos por suprimir recuerdos negativos conllevan un incremento en la accesibilidad de estos, posiblemente por la activación de las representaciones mentales de recuerdos (negativos) relacionados, y que por tanto esta supresión de pensamientos facilitaría recuerdos congruentes con el estado de ánimo.

2.3.3. MC y esquemas negativos, actitudes disfuncionales, y autoestima

Como hemos visto anteriormente, la literatura empírica ha encontrado que personas sin patología se caracterizan por auto-esquemas de contenido positivo que incrementan la probabilidad de que se auto-asignen y recuerden más información congruente con estos esquemas, es decir, con información positiva (ver revisión en Matt, y cols., 1992). Por otro lado, las personas deprimidas se caracterizarían por auto-esquemas de contenido negativo que facilitarían una mayor auto-asignación de adjetivos negativos, congruentes con esos esquemas, así como un mayor recuerdo de éstos. Por

último, en personas con altas puntuaciones en el BDI (i.e., disfóricas) el auto-esquema sería inestable, con contenido positivo y negativo, por lo que llevaría una auto-asignación y un recuerdo similar para información positiva y negativa. Parece, pues, que la gravedad o la cronicidad de los síntomas depresivos podrían jugar un papel importante en la aparición de un determinado patrón de codificación y de recuerdo.

No obstante, también hay otros estudios que han encontrado resultados inconsistentes con estas ideas. Por ejemplo, Direnfeld y Roberts (2006) hallaron que personas disfóricas mostraban un recuerdo superior de material negativo que positivo. Asimismo, Dozois y Dobson (2001b) o Gotlib y cols. (2004) hallaron que participantes con depresión recordaban el mismo porcentaje de material negativo que positivo. A pesar de estas inconsistencias, parece que existirían diferencias en el procesamiento de información emocional entre personas con y sin depresión, así como entre personas con y sin disforia. Estas pautas diferenciales de procesamiento parecen estar guiadas por el tipo de esquemas activos en la persona.

En cuanto a las variables relacionadas con estos sesgos en el procesamiento de la información (recuerdo), Direnfeld y Roberts (2006) hallaron que un estilo cognitivo negativo, caracterizado por elevados niveles de actitudes disfuncionales, un mayor estilo inferencial depresógeno y bajos niveles de autoestima, se relacionaron con un mayor recuerdo incidental para material negativo auto-referente.

Previamente, como ya vimos, Alloy, Abramson y cols. (1996) hallaron que las personas con mayor riesgo cognitivo a deprimirse (altos niveles de actitudes disfuncionales y mayor estilo inferencial depresógeno) mostraban una mayor auto-asignación de adjetivos negativos y una menor auto-asignación de adjetivos positivos que las personas con menor riesgo cognitivo a deprimirse. En cuanto al recuerdo se dieron diferencias entre ambos grupos sólo para el material positivo.

Por último, otra serie de estudios han evaluado el papel de la autoestima en la mayor o menor accesibilidad a recuerdos de eventos personales positivos o negativos (Smith y Petty, 1995 -3 experimentos; Setliff y Marmuek, 2002). En primer lugar, se llevó a cabo una inducción de estado de ánimo negativo, y seguidamente se les pedía a los participantes que escribiesen cinco recuerdos personales relevantes. Previa y posteriormente a la inducción (y a la realización de la tarea de memoria) rellenaron una versión estado de la escala de afecto positivo y negativo (PANAS, Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Los resultados mostraron que aquellos participantes con mayores niveles de autoestima (medidos con el *Rosenberg Self-esteem Questionnaire*, Rosenberg, 1979) recordaron más recuerdos personales positivos y menos recuerdos personales negativos que los participantes con menores niveles de autoestima. Además, también hallaron que el primer grupo de participantes mostró mayores incrementos en su afecto positivo después de la realización de la tarea de memoria, mientras que el segundo no. Parece, pues, que personas con elevada autoestima podrían utilizar esos recuerdos como media de regulación de su afecto negativo.

CAPÍTULO 3. Memoria autobiográfica sobregeneralizada y depresión

3.1. Jerarquía de la memoria autobiográfica: Recuerdos generales y específicos

La memoria autobiográfica es un sistema de codificación, almacenamiento y guía para el recuerdo de toda la información episódica relacionada con nuestras experiencias personales. Conway (Conway y Pleydel-Pearce, 2000; Conway, 1996, 2005) propuso un modelo de memoria basado en la integración de la memoria autobiográfica y el *self*, denominado *sistema de memoria del yo (self-memory system)*. Según este modelo, el *self* se encargaría de revisar y elaborar la propia historia personal a través de la reconstrucción cognitiva del recuerdo. Este sirve, por tanto, para crear sentimiento unificado de uno mismo, orientado a planificar metas futuras y a motivar el enlace de esas metas con la conducta.

Este modelo incluye tres niveles de representación dentro de la base de conocimiento de la memoria autobiográfica:

- **Periodos de vida.** Se refieren a largos periodos de tiempo medidos en meses, años, y décadas. Estaría compuesto, entonces, por conocimientos genéricos sobre localizaciones, acciones, actividades, planes, etc. (p. ej.: cuando vivía en Barcelona, cuando trabajaba en la tienda de ropa “Mango”). Los periodos de vida, constituirían el esqueleto de los recuerdos autobiográficos sobre los que se formarían los eventos generales y específicos.
- **Eventos generales.** Se refieren a eventos medios en días, semanas y meses. Estos recuerdos generales contribuyen a formar el auto-concepto, ya que representan metas, información y situaciones que ayudan a determinar la naturaleza de uno mismo. Se pueden distinguir en: 1- Eventos repetidos o

categoricos (p. ej.: cuando voy en bus por la mañana a la universidad, cuando voy a correr por las tardes) o en 2- eventos simples o extendidos (p. ej.: mis vacaciones en la playa, cuando estuve de estancia en Miami).

- **Eventos de conocimiento específico.** se refieren a periodos de tiempo medidos en segundos, minutos y horas (p. ej.: cuando nació mi sobrina, mi viaje en AVE a Barcelona). Este se contextualiza dentro de un evento general, que a su vez está asociado a uno o más periodos de vida. El conocimiento en este nivel tiende a ser de tipo sensorial y frecuentemente aparece en forma de imágenes. Consistente con esta idea, Healy y Ellis (1999) encontraron que las palabras presentadas que eran altas en imaginaria, ayudaban en la recuperación de recuerdos más específicos, que aquellas palabras bajas en imaginaria. Para Williams, y cols. (1999), además, las imágenes contenidas en un evento determinado facilitarían el acceso a otros eventos y temas relacionados. Por lo que, este tipo de información podría ser empleada como ruta de acceso a los diferentes niveles de la jerarquía de la memoria autobiográfica.

3.2. Evidencia empírica en la depresión

Como ya hemos visto anteriormente numerosos estudios han encontrado que existe un sesgo en el recuerdo de eventos personales hacia material congruente con el estado de ánimo en personas deprimidas (p. ej.: Serrano y cols., 2007) y en personas sanas a las que se les induce un estado de ánimo negativo (p. ej.: Clark y Teasdale, 1982). Recientemente, la literatura empírica se ha interesado en evaluar la capacidad en evocar recuerdos generales o específicos como mecanismo de vulnerabilidad a la depresión (ver revisión en Williams, Barnhofer, Crane, Hermans, Raes y cols., 2007).

El fenómeno de memoria autobiográfica sobregeneralizada hace referencia a la tendencia a recuperar de un modo vago y generalizado experiencias de la propia vida. La metodología más ampliamente utilizada por la literatura empírica para evaluar este fenómeno es el test de memoria autobiográfica (*Autobiographical Memory Test*, AMT), basado en los estudios pioneros de Williams y Broadbent (1986). En esta tarea se presentan una serie de palabras de diferente contenido emocional (positivas, negativas y en algunas variantes palabras neutras), a partir de las cuales se pide a los participantes que recuerden con un evento específico en tiempo y lugar. Las respuestas son codificadas como específicas, si los eventos suceden en un día y lugar determinados, o generales si no. Dentro de las generales se codifican como categóricas o extendidas.

En su primer estudio Williams y Broadbent (1986) observaron que los pacientes que habían tenido un intento de suicidio, además de responder más lentamente ante la presentación de palabras positivas, sus recuerdos eran menos específicos y más generales (concretamente más categóricos) que los pacientes sin intentos de suicidio. Posteriores estudios con las mismas muestras de participantes han replicado estos mismos hallazgos (Evans, Williams, O'Loughlin y Howells, 1992; Polloc y Williams, 2001).

A partir de este primer estudio un gran número de investigaciones ha continuado evaluando la sobregeneralización del recuerdo en diferentes trastornos de tipo emocional, como el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (Kuyken y Dalgleish, 1995; Goddard, Dritschel y Burton, 1996; Brewin, Watson, McCarthy, Hyman y Dayson, 1998; Scott, Stanton, Garland y Ferrier, 2000; Moore, Watts, y Williams, 1988, Wessel, Meeren, Peeters, Arntz, y Merckelbach., 2001, Williams y Scott, 1988), el trastorno bipolar (Scott y cols., 2000), el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) (McNally, Litz, Prassas, Shin, y Weathers, 1994; McNally, Lasko Macklin y Pitman, 1995), el

Trastorno de Estrés Agudo (TAE) (Harvey, Bryant, y Dang, 1998; Kangas, Henry y Bryant, 2005), o el trastorno límite de la personalidad (Jones Heard, Startup, Swales, Williams y Jones, 1999).

3.2.1. Estudios con muestras depresivas clínicas

Pocos son los que no han encontrado evidencia de este fenómeno pacientes con TDM. Por ejemplo, Kaney, Bowen-Jones, y Bentall, (1999) no apreciaron recuerdos autobiográficos sobregeneralizados en pacientes deprimidos con delirios de persecución. Lo mismo sucedió en el estudio de Iqbal, Birchwood, Hemsley, Jackson y Morris (2004) con una muestra de participantes con depresión post-psicótica, y en el estudio de Dalgleish, Spinks, Yiend y Kuyken, (2001, experimento 2) con personas con trastorno afectivo estacional.

Además, también se ha observado este fenómeno de sobregeneralización del recuerdo en muestras de ancianos con depresión (Birch y Davidson, 2007; Ricarte, Latorre, Ros, Navarro, Aguilar, 2011; Serrano, Latorre, y Gatz, 2007), y en muestras de adolescentes con depresión (Kuyken Howell y Dalgleish, 2006; Park, Goodyer, y Teasdale, 2002; Swales, Williams y Wood, 2001) o alto riesgo cognitivo (Kuyken y Dalgleish, 2011). Por ejemplo, Ricarte y cols. (2011) hallaron que los ancianos con elevados niveles de sintomatología depresiva evocaron menos recuerdos específicos que los ancianos con menores niveles de depresión. Además, éstos mostraron un mayor número de recuerdos categóricos para palabras clave negativas. Los estudios realizados con muestras de ancianos han mostrado ser muy interesantes, debido a la importante función que desempeña la memoria autobiográfica en la vejez según algunos modelos como el de Butler (1963). Este autor introdujo el término de revisión de vida, que consiste en un proceso continuo y universal que ocurre al final de la vida de una persona, donde el sujeto recorre una amplia etapa de su existencia y recuerda diversos

sucesos, tratando de integrarlos o resolverlos para lograr la integridad del yo. En la mayoría de los casos estos recuerdos son reinterpretados de manera positiva, dotando a esta revisión de vida un efecto beneficioso para la salud mental (Latorre, Serrano, Segura, Aguilar y Navarro, 2008). Pero no todas las revisiones de vida son exitosas, en algunos casos una alta frecuencia de recuerdos de eventos de vida negativo pueden provocar reacciones negativas como ansiedad, culpa, depresión, o desesperación. Siguiendo estas ideas, Serrano y cols. (2004, 2012) se plantearon si la revisión de vida podría utilizarse como método efectivo de intervención para mejorar el estado de ánimo en personas ancianas con elevados niveles de sintomatología depresiva. Esta estrategia se basa en entrenar a los participantes a focalizar en periodos de tiempo determinados. Los resultados de ambos estudios mostraron que después del tratamiento, hubo una mejora en el estado de ánimo en estos participantes (disminución de síntomas depresivos, y desesperanza, aumentos en la satisfacción con la vida), así como un aumento en el número de recuerdos específicos.

Existe una mayor divergencia en la literatura empírica a la hora de presentar los resultados encontrados: algunos estudios hablan de diferencias en el recuerdo generalizado, mientras que otros estudios hablan de diferencias en el recuerdo específico. Por ejemplo, Kuyken y Dalglish (1995) hallaron que los participantes con TDM mostraban más recuerdos generales que los participantes sin TDM. Por su parte, Wessel y cols. (2001) hallaron que los participantes mostraban menos recuerdos específicos. Otra fuente de inconsistencia a lo largo de la literatura empírica es si estos patrones de mayor generalización o menor especificidad del recuerdo se dan ante palabras positivas y/o negativas. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que pacientes deprimidos exhiben una menor tasa de recuerdo específico únicamente para palabras positivas (p. ej.: Moore y cols., 1988; y Williams y Scott, 1988). Otros estudios

muestran una mayor generalización sólo ante palabras negativas (p. ej.: Brewin y cols., 1998; Mackinger y cols., 2000). Mientras que otros estudios muestran que se da una mayor generalización en respuesta a palabras positivas y negativas (Kuken y Dalgleish, 1995).

También se han encontrado divergencias en la medida de tiempo de reacción en la evocación de recuerdos positivos y negativos. Algunos estudios han encontrado que las personas con depresión muestran mayor latencia de respuesta ante palabras positivas y menor latencia de respuesta ante palabras negativas, que las personas no deprimidas (p. ej.: William y Scott, 1986). Otros estudios sólo han hallado diferencias en el tiempo de reacción ante palabras positivas (p. ej.: Goddard y cols., 1996), y muchos otros estudios no han hallado diferencias entre grupos (p. ej.: Birch y Davidson, 2007, Brewin y cols., 1998; Kuyken y Dalgleish, 1995).

Un meta-análisis realizado por van Vreeswijk y de Wilde (2004) propuso que estas divergencias entre los estudios podían ser debidas a diferencias en la metodología utilizada. Por ejemplo, en el tipo de estímulos utilizados (adjetivos, nombres, verbos); en el número de estímulos utilizados (el rango varía desde 10 hasta 30); el método utilizado para la presentación de estímulos (oral o escrito); el tiempo de presentación de los estímulos (desde 30 segundos a ilimitado); y el método de recogida de respuestas de memoria. Este meta-análisis también mostró que la gravedad de la depresión se relacionaba con la ejecución en la tarea de memoria autobiográfica. En este sentido, a mayor diferencia en recuerdos generalizados entre participantes con y sin patología mayor es la diferencia en sintomatología depresiva entre ambos grupos.

3.2.2. Estudios con inducción de estado de ánimo negativo

En cuanto a los estudios que han examinado los efectos de la inducción de estado de ánimo negativo sobre el recuerdo sobregeneralizado en muestras sin patología han sido más escasos que en la depresión. Estos han utilizado diferentes tipos de procedimiento de inducción como la hipnosis (Maccallum, McConkey, Bryant y Barnier, 2004), o música (McBride y Cappeliez, 2004; Svaldi y Mackinger, 2003 citado en Yeung, Dalgleish, Golden y Schartau, 2006; y Yeung y cols., 2006). Excepto McBride y Cappeliez (2004), quienes no hallaron diferencias en la especificidad del recuerdo comparando inducción positiva y negativa, el resto de estudios sí encontraron que tras la inducción de estado de un ánimo negativo se observaba una disminución en la especificidad del recuerdo en comparación a la inducción positiva o neutra. No obstante, estos últimos estudios han recibido algunas críticas. Ppor ejemplo en el estudio de Maccallum y cols. (2004) el efecto de la inducción en la especificidad de la memoria autobiográfica sólo fue observada en personas fácilmente hipnotizables. Mientras que en el estudio de Svaldiy y Mackinger (2003) no se excluyeron participantes que estuvieran actualmente deprimidos. Además, en ninguno de estos estudios se encontró los efectos de la sintomatología depresiva actual, ni los efectos de posibles episodios depresivos previos.

Para superar estas limitaciones Yeung y cols. (2006) seleccionaron una muestra de participantes que no tuvieran historia previa de depresión y que no estuvieran actualmente deprimidos. Los resultados mostraron que tras la inducción de un estado de ánimo negativo había una disminución en la especificidad del recuerdo en comparación con la inducción neutra. Este estudio también mostró que los cambios en el estado de ánimo positivo después de la inducción negativa se relacionaban con cambios en la especificidad de la memoria autobiográfica. En este sentido, la disminución del estado

de ánimo alegre se relacionó con mayores disminuciones en la especificidad de los recuerdos. No se encontraron relaciones significativas entre cambios en el estado de ánimo triste y especificidad de los recuerdos.

3.2.3. Estudios con muestras disfóricas

También son escasos los estudios llevados a cabo con muestras de participantes disfóricos, y los resultados, además, son inconsistentes. Los estudios que sí han encontrado evidencia del fenómeno han mostrado que las personas disfóricas son menos específicas en sus recuerdos que las personas no disfóricas (Goddard, Dristchel, y Burton, 1997; Popovsky y Bates, 2005; Ramponi, Barnard y Nimno-Smith, 2004; Rekart, Mineka y Zinbarg, 2006). El estudio de Rekart, y cols. (2006) también encontró que los participantes disfóricos recordaban más eventos categóricos que los participantes sin disforia. Al igual que sucedía en muestras de participantes con depresión, los estudios también han mostrado resultados heterogéneos respecto ante qué tipo de material emocional se produce esta menor especificidad. Por ejemplo, Goddard y cols. (1997) y Rekart y cols. (2006) no encontraron que hubieran diferencias entre material positivo y negativo en la especificidad del recuerdo. Por otro lado, Popovsky y cols. (2005) encontraron que la menor especificidad del recuerdo se producía para las palabras positivas y neutras pero no para palabras negativas. Por último, Ramponi y cols. (2004) encontraron una menor especificidad del recuerdo tanto para palabras positivas, negativas y neutras.

Otros estudios no han encontrado evidencia del fenómeno en personas disfóricas (p. ej.: Raes, Pousset y Hermans, 2004 –en Sumner, Griffith y Mineka, 2010–; Raes, Hermans, Williams, y Eelen, 2007) sugiriendo que la AMT podría ser un método poco sensible para de detectar patrones de recuerdo sobregeneralizado en personas con disforia. Recientemente se ha llevado a cabo un estudio en el que se ha analizado la

validez del procedimiento de respuesta al ítem como medida del fenómeno de la sobregeneralización (Griffith, Sumner, Debeer, Raes, Hermans y Mineka, 2009). Este estudio ha demostrado que cuando se usan las instrucciones tradicionales (i. e., evocar recuerdos específicos a partir de palabras clave), la AMT evalúa con mayor precisión la especificidad en los recuerdos en aquellas personas con mayor tendencia a utilizar este tipo de recuerdos (entendido esto como rasgo de especificidad). Además, este análisis también mostró que a pesar de que se igualen las palabras de diversa manera, como en longitud y en frecuencia, las características de los ítems pueden variar dentro de cada categoría emocional. Por ello, este estudio también sugiere que aquellos hallazgos que han encontrado efectos principales de la valencia deberían considerar la posibilidad de que sus hallazgos puedan ser debidos a las características idiosincrásicas de las palabras más que del contenido emocional del que procedan. Por ejemplo, si de la selección de palabras de contenido emocional resulta que hay una mayor facilidad para evocar recuerdos específicos en respuesta a las palabras negativas que para las positivas, se podría encontrar un efecto de la valencia. Sin embargo, este efecto de valencia sería debido a las diferencias en especificidad entre las palabras de ambas categorías, y no por el tipo emocional en sí.

De hecho, algunos estudios han mostrado que el observar o no este fenómeno de sobregeneralización en el recuerdos se debe más al significado de las palabras y no tanto a la valencia de estas. Como veremos con más detalle más adelante, una serie de estudios han mostrado que cuando las palabras son auto-descriptivas tienen más probabilidad de conllevar a recuerdos menos específicos que cuando no lo son (Barnhofer, Crane, Spinhoven y Williams, 2007; Crane, Barnhofer y Williams, 2007; Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, y Williams, 2007).

Para superar las limitaciones encontradas en el procedimiento de la AMT, el grupo de Raes propuso una metodología alternativa basada en completar frases: *Sentence Completion for Events from the Past Test* (SCEPT, Raes, Hermans, Williams, y Eelen, 2007). Bajo este procedimiento se presentan 11 frases referentes a eventos pasados (por ejemplo “La semana pasada...”, “nunca olvidaré...”, “todavía me acuerdo de...”), y se les pide a los participantes que escriban la continuación de esas frases incompletas. Posteriormente, jueces independientes evalúan cada frase en base a si es específica, categórica o extendida. Raes y colaboradores llevaron cabo dos estudios para comprobar sus hipótesis. En el primero de ellos, compararon la ejecución de personas disfóricas y no disfóricas en la tarea de memoria autobiográfica (AMT) y en la tarea de completar frases (SCEPT). Cabe señalar que en ninguna de las dos tareas se proporcionó la instrucción de recordar sucesos específicos con el fin de evaluar el recuerdo espontáneo. Los resultados de este primer estudio mostraron: 1- la proporción de frases completadas de manera sobregeneralizada en la SCEPT fue mayor que la proporción de recuerdos sobregeneralizados en la AMT (40% vs. 2%); 2- los recuerdos sobregeneralizados medidos a través de la tarea de la SCEPT (pero no los medidos con la AMT) se relacionaron con la sintomatología depresiva y con la rumiación.

En el segundo estudio los autores comprobaron si la mayor sobregeneralización del recuerdo encontrada en el primer estudio utilizando la SCEPT era debida a la propia efectividad del procedimiento, o a que no se dio la instrucción de recordar sucesos específicos. En este segundo estudio se utilizó únicamente la SCEPT, donde en unos casos se daba la instrucción de recordar sucesos específicos y en otros casos no. Los resultados mostraron lo siguiente: 1- se observó una mayor proporción de recuerdos sobregeneralizados cuando no se daba la instrucción de recordar sucesos específicos que cuando se daba (36% vs. 12%); 2- la sobregeneralización del recuerdo medida con la

tarea sin instrucción se relacionó significativamente con la depresión y marginalmente con la rumiación; y 3- La sobregeneralización de los recuerdos medida con la tarea con instrucción no se relacionó ni con la depresión ni con la rumiación. Estos resultados mostraron que la SCEPT es más sensible para detectar recuerdos sobregeneralizados comparado con la AMT cuando el recuerdo es espontáneo, es decir, cuando no se da la instrucción de especificidad. Por otro lado, esta mayor sobregeneralización detectada a través de la SCEPT se debería más bien a la omisión de la instrucción que la tarea en sí, debido a que cuando se da la instrucción de especificidad el recuerdo generalizado es mucho menor.

Otros estudios han demostrado que la escritura narrativa es también efectiva para evaluar el fenómeno de la sobregeneralización en muestras disfóricas (Moffitt, Singer, Nelligan, Carlson, y Vyse, 1994; Singer y Moffitt, 1992). En este sentido, Moffitt y Singer (1994) mostraron en una serie de cuatro estudios con una muestra de 504 estudiantes universitarios que éstos recordaban un mayor porcentaje de eventos específicos (78%) que categóricos (22%) utilizando tanto lenguaje escrito y oral. Además, también mostraron de manera pionera (utilizando este tipo de procedimiento) que participantes con elevados niveles de depresión recordaban un mayor porcentaje de recuerdos categóricos (74%) que los participantes con puntuaciones bajas (35%). No se encontraron diferencias significativas entre grupos ni para los recuerdos extendidos y ni para los recuerdos específicos (Moffitt y cols., 1994).

3.3. Memoria autobiográfica sobregeneralizada y vulnerabilidad a la depresión

El interés del estudio de la memoria sobregeneralizada se ha renovado por los hallazgos que sugieren que este fenómeno está fuertemente asociado con otros aspectos desadaptativos del funcionamiento cognitivo como las dificultades en la solución de

problemas (Evans y cols., 1992; Goddard y cols., 1996; Scott, 2000), o en la capacidad de imaginar eventos futuros (Williams, y cols., 1996).

Asimismo, más recientemente la literatura experimental ha demostrado que la sobregeneralización del recuerdo es un factor implicado en la predicción de nuevos episodios depresivos (p. ej.: Mackinger y cols., 2000), así como con un peor pronóstico del mismo (p. ej.: Brittlebank, Scott, Williams, y Ferrier. 1993). También son de relevancia los estudios que han evaluado la posible estabilidad de este patrón sobregeneralizado del recuerdo una vez que el episodio depresivo remite.

A continuación se resumen los estudios más relevantes.

3.3.1. Predicción de nuevos episodios depresivos

3.3.1.1. Estudios con población sana tras un evento estresante

Mackinger y cols. (2000) evaluaron una muestra de mujeres embarazadas a las que se les administró la AMT cinco meses antes del parto y tres meses después de este. Los resultados mostraron que una mayor frecuencia de recuerdos categóricos generados a partir de palabras negativas predecía síntomas depresivos después del parto.

Van Minnen y cols. (2004) evaluaron una muestra de mujeres antes y después de un tratamiento de fertilización in vitro. En este caso, los resultados mostraron que una menor frecuencia de recuerdos específicos en respuesta a palabras negativas evaluado antes del tratamiento de fecundación se relacionaba con aumentos en la sintomatología depresiva y ansiosa después del tratamiento. Estos resultados fueron encontrados controlando los niveles de sintomatología depresiva inicial.

Estos resultados sugerirían que la presencia de un evento estresante, como el nacimiento de un hijo (en el primer estudio), o someterse a un tratamiento de fecundación in vitro (en el segundo estudio) podría predisponer a la persona a

deprimirse, tal y como han mostrado estudios previos (ver revisión en Hammen, 2005). No obstante, sólo la presencia de un mayor recuerdo categórico (en el primer estudio) o un menor recuerdo específico (en el segundo estudio) ante material negativo se relaciona a largo plazo con aumentos en sintomatología depresiva. Por tanto estos estudios ponen de manifiesto, que la falta de especificidad en el recuerdo o la mayor generalización de éste (en especial para material negativo) en interacción con un evento de vida estresante puede ser un marcador de vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

3.3.1.2. Estudios con población sana de alto riesgo

Sólo hay un estudio, hasta la fecha, que haya evaluado el papel de la sobregeneralización del recuerdo en la predicción de sintomatología depresiva en personas con elevado riesgo. Hipwell, Sapotichne, Klostermann, Batista y Keenan (2011) basándose en estudios previos que han mostrado que jóvenes afro-americanas son más vulnerables a desarrollar un episodio depresivo (p. ej.: Sen, 2004; Van Voorhees, Paunesku, Kuwabara, Reinecke, y Basu, 2008), seleccionó una muestra de niñas americanas de ascendencia europea y africana. Los resultados mostraron que una elevada sobregeneralización de recuerdos ante palabras positivas predecía sintomatología depresiva un año más tarde sólo en las niñas con alto riesgo (de descendencia africana). Estos resultados se dieron controlando el nivel de sintomatología depresiva inicial.

3.3.2. Pronóstico del trastorno depresivo

Un gran número de estudios ha demostrado que la sobregeneralización del recuerdo está relacionada también con un peor pronóstico del TDM (Brittlebank, Scott, Williams, y Ferrier,. 1993; Dalgleish y cols., 2001 estudio 1; Mackinger, Pachinger, Leibetseder y Fartacek, 2004; Peeters, Wessel, Merckelbach, y Boon-Vermeeren., 2002;

Raes, Hermans, Williams, Beyers, Brunfaut y Eelen, 2006a, Raes, Sienaert, Demyttenaere, Peuskens, Williams, y Hermans 2008). Por el contrario, son pocos los estudios que los que no han encontrado evidencia de esta relación. Por ejemplo, Brewin, Reynolds, y Tata (1999) evaluaron una muestra de pacientes con TDM en dos periodos de tiempo. A pesar de que los pacientes deprimidos mostraran un mayor recuerdo sobregeneralizado, este no predijo sintomatología depresiva seis meses más tarde. No obstante, el nivel de intrusiones y de evitación de recuerdos estresantes evaluados en el primer periodo, sí predijo sintomatología depresiva seis meses más tarde.

Brittlebank y cols. (1993) fueron los primeros en evaluar los efectos de la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico en la recuperación del episodio depresivo. Utilizando una muestra de pacientes deprimidos encontraron que un elevado recuerdo sobregeneralizado en respuesta a palabras positivas predecía un peor pronóstico del trastorno en un periodo de seguimiento de 7 meses, incluso controlando el nivel de sintomatología depresiva inicial. Por otro lado, los recuerdos sobregeneralizados en respuesta a palabras negativas y neutras no predijeron el curso de la depresión.

Posteriormente, Peeters y cols. (2002) encontraron que el nivel de especificidad del recuerdo se mantenía estable a pesar de la mejora en la sintomatología depresiva observada a través del tiempo (a los tres y a los siete meses después de la primera evaluación). En este caso, una elevada frecuencia de recuerdo específico en la línea base en respuesta a palabras negativas predijo en el seguimiento un mejor pronóstico del trastorno (disminución en la sintomatología depresiva).

En dos estudios realizados por el grupo de Raes (2006a, 2008) en muestras de pacientes deprimidos encontraron que la menor especificidad en el recuerdo para

palabras negativas predecía sintomatología depresiva 7 meses más tarde (Raes y cols., 2006a). Además, los recuerdos categóricos predecían una peor recuperación después de una terapia electro-convulsiva en pacientes deprimidos hospitalizados (Raes y cols., 2008).

Dalgleish y cols. (2001) evaluaron una muestra de participantes con trastorno afectivo estacional. Este estudio se llevó a cabo en dos ocasiones, la primera en invierno cuando estaban deprimidos y la segunda en verano cuando el trastorno había remitido. Los resultados mostraron que el número de recuerdos sobregeneralizados ante palabras positivas en la primera fase, cuando estaban deprimidos, predijo niveles de sintomatología depresiva en la segunda fase de remisión del trastorno.

Mackinger y Svaldy (2004) examinaron en una muestra de personas con apnea del sueño, con y sin depresión, si la especificidad en los recuerdos predeciría de manera diferencial cambios en aspectos cognitivos y somáticos de la depresión (evaluados con el BDI) después de una terapia para tratar el problema de apnea. Los resultados mostraron que una menor especificidad en los recuerdos evocados ante palabras positivas previamente a la terapia, predecía cambios cognitivos pero no somáticos después de ésta. De manera similar, Mackinger y cols. (2004) hallaron que la menor especificidad del recuerdo ante palabras positivas y agresivas, junto con otros factores como el estado mental y el grado de dependencia al alcohol, predecía la remisión del trastorno depresivo en una muestra de adultos con dependencia de alcohol.

En base a la revisión realizada, podemos concluir que los estudios difieren respecto a qué elementos del recuerdo (específico o generalizado), y ante qué tipo de material (positivo o negativo) se producen estas relaciones con el inicio de nuevos episodios depresivos, y con el peor o mejor pronóstico del mismo. Algunos estudios muestran que los **recuerdos generales ante material positivo** están implicados en la

vulnerabilidad a la depresión (Brittlebanck, y cols., 1993; Dalgleish y cols., 2001; Hipwell, y cols., 2011); otros estudios muestran que son los **recuerdos generales ante material negativo** los implicados (Mackinger y cols., 2000); otros estudios señalan que son los **recuerdos específicos ante material positivo** (Dalgleish y cols. 2001; Mackinger y Svaldy, 2004); mientras que estudios muestran que son los **recuerdos específicos ante material negativo** (Peeters y cols., 2002; Raes y cols., 2006; Van Minnen y cols., 2004; Mackinger y cols., 2004). A pesar de estas inconsistencias, y que desde un inicio se planteaba que los recuerdos de tipo general-categorico eran los relacionados con la vulnerabilidad a la depresión (Williams, 1996), estos estudios sugieren que también los recuerdos específicos tendrían poder predictivo.

Cabe señalar, que gran parte de los estudios que han encontrado diferencias en el patrón de recuerdo generalizado entre personas con y sin depresión, que esas diferencias se dan en los recuerdos categoricos pero no en los extendidos, mostrando ambos grupos niveles similares (p. ej.: Dalgleish y cols., 2001; Goddard y cols., 1996; Moffit y cols., 1994; Park, Goodyer y Teasdale, 2002; Reckart y cols., 2006). Estos resultados serían consistentes con el modelo de Williams (1996), que más adelante revisaremos.

3.3.3. Estabilidad de la memoria autobiográfica sobregeneralizada después del episodio depresivo

Una vez revisado que la sobregeneralización del recuerdo está relacionada con una peor recuperación del episodio depresivo, la siguiente pregunta que nos planteamos es ¿qué sucede cuando el episodio depresivo remite? ¿Se mantiene estable el recuerdo sobregeneralizado o desaparece? Respondiendo a estas preguntas en la última década una serie de estudios ha demostrado que la sobregeneralización del recuerdo se mantiene estable una vez que el episodio depresivo remite. Estos estudios se han llevado a cabo tanto con muestras adultas (Mackinger, Pachinger, Leibetseder, y

Fartacek, 2000; Spinhoven, Bockting, Schene, Koeter, Wekking, y Williams, 2006) como en adolescentes con historia pasada de depresión (Kuyken y Dalgleish, 2011; Park, Goodyear, y Teasdale, 2002). A continuación revisaremos los estudios realizados:

3.3.3.1. Estudios con adultos

Mackinger, Pachinger, y cols. (2000) evaluaron una muestra de 40 mujeres, la mitad de las cuales cumplían criterios para un TDM en el pasado. Fueron excluidas del estudio aquellas personas que puntuaran más de 11 en el BDI. Para evaluar la memoria autobiográfica, se utilizó la AMT, compuesta por 12 palabras (adjetivos, nombres y verbos) la mitad positivas y la otra mitad negativas. Los resultados mostraron que las mujeres con historia pasada de depresión recordaban más eventos categóricos y menos eventos específicos en respuesta a palabras negativas que mujeres sin historia.

Spinhoven y cols. (2006) compararon a través de dos estudios, uno experimental y otro prospectivo, una muestra de participantes con depresión recurrente pero que actualmente no estaban deprimidos, con una muestra de participantes controles que nunca habían estado deprimidos. Fueron excluidos del grupo de historia de depresión aquellos participantes con historia tuvieran una puntuación mayor de 10 en la escala de depresión de Hamilton. En este caso se presentaron 10 palabras (adjetivos), 5 positivas y 5 negativas. En la primera parte experimental del estudio, se comparó el nivel de especificidad del recuerdo entre ambos grupos. Los resultados mostraron que los participantes con historia pasada de depresión mostraron menos recuerdos específicos (para palabras negativas y positivas) que los participantes controles. No encontraron correlaciones significativas entre factores de riesgo cognitivo (como puntuaciones elevadas en el BDI, la duración del primer episodio, el número de episodios previos, la duración del último episodio, los meses transcurridos desde el último episodio, el uso de antidepresivos, y el tratamiento actual) y la especificidad del recuerdo. Esto resultados

sugirieron que a pesar de que personas con historia de depresión mostraban menos recuerdos específicos, éstos no se relacionaban con factores de riesgo cognitivo a la recaída o la recurrencia.

En la segunda parte prospectiva de este estudio, evaluaron si la menor especificidad del recuerdo hallada en personas con historia pasada de depresión actuaría como un factor de vulnerabilidad a la recaída o recurrencia del trastorno dos años más tarde. Los resultados mostraron que la menor especificidad del recuerdo no predecía la recaída del episodio depresivo en personas vulnerables. Estos resultados son consistentes con los hallados en la primera parte experimental del estudio: la menor especificidad del recuerdo no parece estar relacionada con la recaída del episodio depresivo.

A pesar de estos hallazgos, que apoyan la idea de que el recuerdo generalizado o (menos) específico se mantiene estable después del episodio depresivo, hay otra serie de estudios que no han encontrado esta evidencia. Por ejemplo, Wessel y cols. (2001) compararon una muestra de participantes con diagnóstico de depresión mayor con una muestra de participantes con trastorno de ansiedad (excluyendo el diagnóstico de TEPT). Las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad fueron a su vez divididas en dos grupos: con y sin historia de depresión. Los resultados mostraron que las personas con depresión recordaron menos sucesos específicos que las personas con trastorno de ansiedad y que los controles sin patología. Por otro lado, no se encontró relación entre historia pasada de depresión y nivel de especificidad de la memoria autobiográfica. Estos resultados ponen de manifiesto que la sobregeneralización del recuerdo no parece ser un rasgo estable y que es dependiente del estado de ánimo deprimido. No obstante, también hay que interpretar estos resultados con cuidado, ya

que en el presente estudio la muestra participantes con historia de depresión tenía en la actualidad un trastorno de ansiedad diagnosticado.

Por otro lado, Nandarino, Pezard, Reveillere, y Beaune (2002) realizaron un estudio que se componía de dos fases. En la primera fase se evaluó la sobregeneralización del recuerdo en una muestra de participantes deprimidos. Un mes más tarde realizaron la segunda fase del estudio donde se compararon aquellos participantes que seguían deprimidos con aquellos participantes que se habían recuperado. En la primera fase de evaluación los pacientes deprimidos mostraron un patrón de recuerdo sobregeneralizado en respuesta a palabras positivas en comparación con controles sanos. Un mes más tarde, los participantes que seguían deprimidos recordaron más recuerdos sobregeneralizados en respuesta a palabras positivas (como en la fase previa) así como en respuesta a palabras negativas, en comparación con los participantes previamente deprimidos que se habían recuperado y con los controles sanos, no habiendo diferencias entre estos dos últimos. Estos resultados mostraron, al igual que Wessler y cols. (2001), que la sobregeneralización del recuerdo era un factor dependiente del estado de ánimo deprimido, y que este desaparece una vez que lo hace el episodio depresivo, mostrando el mismo nivel que personas que nunca se han deprimido.

3.3.3.2. Estudios con adolescentes

Respecto a los estudios llevados a cabo con muestras de adolescentes, éstos han mostrado que adolescentes con historia pasada de depresión muestran más recuerdos categóricos que adolescentes sanos (Goodyer y Teasdale, 2002; Kuyken y Dalgleish, 2011, estudio 2). Por un lado, Park, Goodyer y Teasdale (2002) encontraron que adolescentes actualmente deprimidos mostraban más recuerdos categóricos en respuesta a palabras positivas y negativas, mientras que los adolescentes con historia pasada de

depresión sólo mostraban un mayor porcentaje de recuerdos categóricos ante palabras positivas en comparación con una muestra control. Estos resultados parecen ser contradictorios a los hallados en muestras de adultos (Marckinger, Pachinger y cols. (2000) y en posteriores estudios realizados con adolescentes (Kuyken y Dalgleish, 2011, estudio 2) donde encuentran que el recuerdo categórico ante palabras negativas, y no positivas, se mantiene estable una vez que el episodio remite.

Por otro lado, como comentábamos Kuyken y Dalgleish (2011, estudio 2) encontraron que las diferencias en el recuerdo categórico se daban para el material negativo. Además, en un primer estudio realizado con una muestra de adolescentes con elevado riesgo cognitivo observaron que mayores niveles de neuroticismo se relacionaban con mayores recuerdos categóricos a palabras negativas. Los resultados de estos dos estudios sugieren que la tendencia a recordar más sucesos categóricos a palabras negativas se relacionaría con un mayor riesgo a desarrollar depresión.

En resumen los estudios llevados a cabo en las dos últimas décadas han mostrado que el recuerdo autobiográfico más general y menos específico es un factor relacionado con el inicio y el mantenimiento del episodio depresivo. Los estudios realizados con muestras con historia de depresión han mostrado resultados más inconsistentes, mostrando algunos de ellos que este patrón de recuerdo se mantiene estable después del episodio, mientras que otros muestran lo contrario. Los estudios que han mostrado evidencia a favor, no son concluyentes, respecto a si la menor especificidad o la menor generalización del recuerdo se mantendría estable.

3.4. Memoria autobiográfica sobregeneralizada y actitudes disfuncionales

Dalgleish, Tchanturia, Serpell, Hems., Yiend, y de Silva (2003) propusieron que los fallos en recordar recuerdos específicos en respuesta a palabras clave no se deberían

tanto al contenido emocional de éstas (i.e., si son palabras positivas o negativas) sino más bien a su nivel de auto-referencia, de modo que serían específicamente las palabras clave asociadas a actitudes disfuncionales o a auto-esquemas negativos (i.e., palabras auto-referentes) las asociadas con una mayor presencia de recuerdos generales.

Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, y Williams (2007) realizaron un estudio para contrastar esta hipótesis en una muestra de participantes con y sin historia de depresión. En este estudio evaluaron si la auto-adscripción de actitudes disfuncionales se asociaba con la generación de recuerdos más generales y/o menos específicos cuando las palabras clave presentadas estaban relacionadas con esas actitudes. Respecto al material utilizado, se presentaron 10 palabras, 4 de las cuales se referían a rasgos asociados con la amabilidad, siendo dos de ellos positivos (amigable y servicial) y dos negativos (maleducado y egoísta). Del resto de palabras, 3 se referían a palabras que reflejaban rasgos personales de ayuda a otras personas y 3 no reflejaban este aspecto. El objetivo del estudio fue examinar si la mayor auto-asignación de ítems de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) estaba relacionado con una menor especificidad en los recuerdos en respuesta a palabras relacionadas con el mismo tema. Los resultados mostraron que los participantes con historia de depresión no diferían ni en recuerdos categóricos ni en recuerdos específicos en comparación con los participantes nunca deprimidos. Sin embargo, análisis de regresión jerárquico mostraron que personas con historia de depresión con elevadas actitudes disfuncionales sobre contingencias de auto-valía y de ayuda a otros, fueron menos específicos en sus respuestas ante palabras relacionadas con ayuda a otros. Este resultado se mantuvo significativo controlando edad, nivel de educación, gravedad de la depresión, y el número de episodios previos. Sin embargo, la mayor auto-adscripción de actitudes disfuncionales referidas a

amabilidad, no se relacionó con la menor especificidad de las palabras referidas a este constructo.

Barnhofer, Crane, Spinhoven, y Williams (2007) evaluaron también una muestra de participantes con y sin historia de depresión. Se presentaron 24 palabras, 6 de ellas relacionadas con “dependencia” (tres positivas: afectuoso, leal y amado; y tres negativas: solitario, rechazado y cruel); y otras 6 palabras relacionadas con “logro” (tres positivas: triunfador, capaz, y decidido; y tres negativas: incompetente, inepto, e inútil). La mitad de estas palabras eran positivas mientras que la otra mitad eran negativas. El resto de 12 palabras fueron positivas y negativas generales. El objetivo de este estudio, siguiendo la hipótesis de la relevancia del contenido de las palabras propuesta por Dalglish y cols. (2003), era examinar si las actitudes disfuncionales referidas a “necesidad de aprobación” se relacionarían con una menor especificidad ante palabras relacionadas con “dependencia”; y si las actitudes disfuncionales referidas a “necesidad de logro” lo estarían con palabras relacionadas con “logro”. Los resultados mostraron que ambas muestras no difirieron en el nivel de actitudes disfuncionales referidas a ambos temas. Análisis de regresión mostraron que para participantes con historia de depresión, las actitudes disfuncionales referidas a la “necesidad de aprobación” predijeron significativamente la especificidad para palabras de “dependencia”. No obstante, las actitudes disfuncionales referidas a “necesidad de logro” no predijeron niveles de especificidad a palabras relacionadas con ese constructo.

Crane, Barnhofer y Williams (2007) realizaron otro estudio también con una muestra de participantes con historia de depresión. La AMT estuvo compuesta por 36 palabras: 12 relacionadas con temas “interpersonales” (p. ej.: amistoso, sensible, solitario, necesitado), 12 relacionadas con temas de “logro” (p. ej.: eficiente, exitoso, fracasado, inútil), y 12 que describían estados emocionales (p. ej.: feliz, calmado,

cansado, aburrido). La mitad de ellas eran palabras positivas y la otra mitad negativas. Para cada una de las palabras presentadas los participantes puntuaron a través de una escala Likert en qué medida les describían esas palabras: desde 1- característica no importante para mí hasta 7- característica muy importante para mí. Respecto a los resultados, al igual que los hallados por Barnhofer y cols. (2007) los participantes con historia pasada de depresión no mostraron un patrón diferencial de recuerdos específicos en comparación con los participantes sin historia de depresión. Posteriores análisis de regresión mostraron que el número de palabras definidas como auto-relevantes se relacionaban con una menor capacidad para evocar recuerdos específicos, sólo en el grupo de personas con historia de depresión. En este caso, a mayor número de palabras definidas como auto-relevantes menor especificidad en los recuerdos.

Por tanto, estos estudios muestran, de manera consistente con los estudios de Nandarino y cols. (2002) y Wessel y cols. (2001), que la generalización del recuerdo y/o la menor especificidad de éste, no se observa una vez que el episodio depresivo ha remitido, y que por tanto este fenómeno es un correlato del episodio depresivo. Sin embargo, estos estudios también han mostrado que en personas con historia pasada de depresión sí se da una menor especificidad del recuerdo ante material cuyo contenido es auto-referente.

3.5. Memoria autobiográfica sobregeneralizada e historia de trauma

Como ya comentamos la literatura empírica ha mostrado que es más probable que personas deprimidas hayan sufrido eventos amenazantes y dificultades, y que hayan tenido infancias caracterizadas por experiencias adversas (ver revisiones en Brewin, Andrews y Gotlib, 1993; Hammen, 2005). Además, el estado de ánimo deprimido se acompaña de cambios en el funcionamiento de la memoria, como una alta frecuencia de

intrusiones de recuerdos de acontecimientos estresantes (ver revisión en Brewin, 1998), y, como acabamos de ver, en dificultades para recuperar recuerdos específicos.

Teniendo en cuenta estas relaciones, en los últimos años numerosos estudios se han interesado en evaluar si la historia de trauma podrían estar relacionada con el recuerdo sobregeneralizado en pacientes con depresión, y además, qué variables podrían estar implicadas en esa relación. No obstante, los estudios realizados han mostrado resultados mixtos (ver revisiones en Moore y Zoellner, 2007; Williams, y cols., 2007).

Algunos de estos estudios han mostrado que las reacciones post-traumáticas, como la evitación de recuerdos asociados al trauma o las intrusiones de éstos podrían estar relacionadas con un menor recuerdo específico o un recuerdo más generalizado. Por ejemplo, Kuyken y Brewin (1995) compararon mujeres actualmente deprimidas con y sin historia de abuso sexual en la infancia, y encontraron que aquellas que informaron de abuso sexual tenían más recuerdos generales que las que no informaron de abuso. Además, también encontraron que el recuerdo generalizado estaba relacionado con el nivel de evitación de recuerdos estresantes (aunque no con el de intrusiones) de la escala IES (*Impact of Event Scale*, Horowitz y cols., 1979), pero no con la gravedad del episodio depresivo. Estos resultados sugirieron tanto la historia de abuso como la evitación de recuerdos asociados a esos abusos contribuían a la sobregeneralización del recuerdo. Posteriormente, diversos estudios han replicado estos hallazgos. Por ejemplo, Brewin, Watson, McCarthy, y Dayson (1998) hallaron que los participantes con cáncer con un diagnóstico adicional de depresión manifestaban más recuerdos generales que los participantes con cáncer pero sin diagnóstico de depresión. Además, la evitación de recuerdos estresantes se relacionó con mayor nivel de recuerdos generales. En este caso, tanto la sintomatología depresiva como el nivel de evitación de pensamientos explicarían el recuerdo sobregeneralizado. En un tercer estudio, Brewin, Reynolds y Tata

(1999) encontraron que los recuerdos generales se relacionaban con el nivel de evitación y el de intrusiones de la escala IES, controlando la sintomatología depresiva. Otro estudio realizado con una muestra sin patología, observó que una vez controlada la sintomatología depresiva, los recuerdos categóricos (ante palabras negativas) se relacionaba con el nivel de evitación (Hauer, Wessel y Merckelbach (2006).

Otra serie de estudios no han encontrado evidencia de la relación entre síntomas post-traumáticos y sobregeneralización del recuerdo autobiográfico. En vez de esto, han hallado que las características del evento (i.e., número de veces o la gravedad del evento) estarían relacionadas con este fenómeno. Por ejemplo, Hermans y cols., (2004) hallaron que los pacientes deprimidos que habían sufrido abuso sexual y físico en la infancia mostraron menos recuerdos específicos que los pacientes deprimidos sin historia de abuso. Esta menor especificidad del recuerdo se relacionó con la gravedad del abuso, pero no con el nivel de intrusiones, evitación, actitudes disfuncionales, y sintomatología depresiva.

Otros estudios realizados con muestras de participantes sin patología corroboran estos datos (Gibbs y Rude, 2004; de Decker, Hermans, Raes, y elen, 2003; Henderson, Hargreaves, Gregory, y Williams, 2002). Por ejemplo, Gibbs y Rude (2002) hallaron que una elevada tendencia a recuperar eventos generales en un primer tiempo (línea base) predecía síntomas depresivos entre cuatro y seis semanas más tarde sólo en aquellos participantes que informaron de una mayor frecuencia de acontecimientos estresantes durante esas semanas. La sobregeneralización del recuerdo no estuvo relacionada con el nivel de evitaciones, intrusiones, y supresión de pensamientos, ni con la sintomatología depresiva. Además, Decker y cols. (2003) y Hermans, y cols. (2004) encontraron que la menor especificidad del recuerdo observada en participantes con historia de abuso no se relacionó con los niveles de intrusión, evitación y actitudes

disfuncionales. En el primer estudio, además, la menor especificidad se relacionó con el número y la gravedad de los abusos.

Todos estos estudios mostrarían que la historia de trauma sería un elemento necesario para la generación de recuerdos sobregeneralizados, aunque no suficiente. Algunos de estos estudios muestran que las reacciones post-traumáticas (i.e., evitación e intrusión de pensamientos) serían las responsables de ese recuerdo sobregeneralizado, mientras que otros estudios muestran que lo serían características de los eventos (i.e. gravedad o número de veces).

No obstante a todos estos resultados existe una tercera vía de estudios que sugieren que no han encontrado relaciones entre historia de trauma y recuerdo sobregeneralizado, aunque sí entre depresión y recuerdo sobregeneralizado (p. ej.: Arntz, Meeren y Wessel, 2001; Petters y cols., 2002; Wessel y cols., 2001).

Wessel, y cols. (2001) examinaron una muestra de pacientes con TDM y otra muestra con trastornos de ansiedad (excluyendo TEPT) que habían experimentado en el pasado eventos traumáticos. Análisis de regresión mostraron que ni el acontecimiento traumático ni la gravedad de este predijeron el nivel de especificidad del recuerdo, pero sí el diagnóstico de depresión. El diagnóstico de ansiedad tampoco fue un predictor significativo.

Posteriormente, Arntz, Meeren y Wessel (2002) y Peeters y cols. (2002) también corroboraron la idea de que la historia de trauma en la infancia no era un elemento crucial en la relación entre depresión y recuerdo sobregeneralizado. Por ejemplo, Peeters y cols. (2002) evaluaron una muestra de pacientes deprimidos a través del tiempo. En una primera evaluación encontraron que la gravedad del acontecimiento traumático estuvo relacionada con una menor especificidad del recuerdo a palabras negativas (aunque no con una mayor generalización). No obstante, en dos evaluaciones

posteriores realizadas, uno a los tres y otro a los siete meses, ya no se hallaron estas relaciones a pesar de que el recuerdo específico se seguía bajo en esta muestra. De la misma manera, Arntz y cols. (2002) encontraron que el diagnóstico de depresión predecía menores niveles de recuerdos específicos, pero esta menor especificidad no se relacionaba con historia de abuso en la infancia.

Por tanto estos resultados enfatizan en la importancia del diagnóstico de depresión en la predicción de menor especificidad en el recuerdo más que en la historia y en la gravedad del evento traumático.

3.6. Modelos explicativos de la memoria autobiográfica sobregeneralizada

3.6.1. La hipótesis de la evitación funcional

Tomando en consideración los estudios que han mostrado relaciones entre eventos traumáticos y sobregeneralización del recuerdo (ver revisión en Moore y Zoellner, 2007), y basándose en el modelo de memoria de Conway (1996, 2005) Williams (1996, 2006) propuso que la evitación de recuerdos referidos a acontecimientos estresantes podría explicar la sobregeneralización del recuerdo observada en la depresión. Según esta perspectiva, cuando una persona crece en un ambiente estresante puede asimilar que el recuerdo específico de esos eventos puede ser demasiado negativo o doloroso, y en consecuencia intenta evitar pasivamente las consecuencias punitivas de esos recuerdos. Así, cuando una señal activa descripciones intermedias categóricas empezando a construir fragmentos específicos de un episodio emocional, la búsqueda se detiene. Esta dificultad para acceder a recuerdos específicos tendría efectos en la codificación y en la recuperación de otros eventos, provocando que los nuevos eventos emocionales se codifiquen con auto-descriptores generales o categóricos. A este proceso Williams lo denominó “*mnemonic interlock*” (recuerdo

bloqueado), ya que se produce un bloqueo en la recuperación de la memoria debido a un acceso excesivo a material mnemónico intermedio, en lugar de una búsqueda efectiva y directa de eventos específicos. La evitación de este proceso sólo es posible con un mayor esfuerzo atencional por parte de los sujetos, por lo que la capacidad de memoria de trabajo de estas personas se vería afectada. Por lo tanto, según la hipótesis de la evitación funcional determinadas personas podrían aprender a utilizar un estilo sobregeneralizado como medio de control o regulación del afecto, con el fin de minimizar el afecto negativo que supondría recordar de manera específica esos sucesos. Este recuerdo menos específico, por tanto, sería negativamente reforzado por la evitación del afecto negativo, por lo que la sobregeneralización del recuerdo sería considerada como una estrategia de evitación cognitiva. Por último, Williams también sugiere que esta sobreelaboración de categorías que podría estar fortalecida por un pensamiento rumiativo auto-focalizado (que comentaremos en el siguiente apartado). En este sentido, la rumiación excesiva, iniciada y mantenida por un sistema de recuerdo genérico, podría reducir los recursos cognitivos necesarios para un acceso eficiente a recuerdos específicos.

Varios estudios realizados por el grupo de Raes han evaluado estas ideas a través de diferentes investigaciones. Por ejemplo, Raes, Hermans, Decker y Eelen (2003) realizaron un experimento en donde exponían a los participantes a un evento negativo, en este caso a un fracaso en una tarea de puzles, y se examinaba el impacto emocional causado en los participantes. Raes y cols. (2003) observaron que los participantes que recuperaron más recuerdos específicos de sus experiencias de fracaso mostraron una mayor reacción emocional negativa (mayor estrés) que los participantes que recuperaron recuerdos menos específicos. Además, también se encontró que aquellos que recuperaban recuerdos más específicos tendían a pensar más a menudo en la experiencia

estresante. Estos hallazgos sugirieron que la menor especificidad en el recuerdo de memorias estresantes o negativas se asociaba con un menor impacto afectivo, y por tanto con una mayor regulación del afecto. Posteriormente replicaron los mismos hallazgos en dos estudios diferentes (Hermans, Decker, Peuter, Raes, Eelen y Williams, 2008; Raes, Heramans, Williams y Eelen, 2006b). En ambos estudios la menor especificidad en el recuerdo se relacionó con una disminución más rápida del afecto negativo después de una tarea inductora de estrés, mientras que la mayor especificidad se relacionó con una mayor persistencia del estrés emocional. Además, la menor especificidad del recuerdo se relacionó a largo plazo, en una segunda fase del estudio nueve semanas más tarde, con la estabilidad del afecto negativo (Hermans y cols., 2008).

Estos resultados apoyarían la idea de que los recuerdos específicos seguido de un acontecimiento un estresor aumentarían la reactividad emocional negativa de los participantes, actuando como una estrategia desadaptativa de regulación a corto plazo, mientras que los recuerdos menos específicos contribuirían a la recuperación del estado de ánimo positivo, actuando a corto plazo como una estrategia adaptativa de regulación.

3.6.2. La hipótesis del estilo de procesamiento rumiativo

Recientemente se ha explicado el fenómeno de la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico a través del modelo del *estilo de procesamiento* desarrollado por el grupo de Watkins y colaboradores (Watkins y Teasdale, 2001; 2004; Watkins, Teasdale y Williams, 2000). Estos autores a través de diversos estudios experimentales han sugerido que la rumiación es un tipo de autoenfoco que puede tener diferentes propiedades funcionales independientes entre sí. En concreto, existiría un autoenfoco *experiencial* o *concreto*, que disminuiría la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico, y que consistiría, por ejemplo, en centrar la atención en las propias

sensaciones físicas; y otro desadaptativo de carácter *analítico* o *abstracto*, que mantendría la sobregeneralización del recuerdo, y que consistiría en centrar la atención en los propios sentimientos, buscando las causas e implicaciones de éstos. Esta consideración de componente adaptativo y desadaptativo de la rumiación es consistente con estudios previos, que como hemos visto anteriormente, sugerían que la rumiación se caracteriza por un componente adaptativo que consistía en la tendencia a reflexionar (*reflection*) y otro desadaptativo que consistía en la tendencia a realizar reproches sobre uno mismo y sobre las situaciones (*brooding*) (p. ej.: Treynor, Gonzalez, y Nolen-Hoeksema, 2003).

En el primer estudio experimental realizado Watkins, y cols. (2000), indujeron durante 8 minutos a la mitad de una muestra con trastorno depresivo mayor a un procesamiento rumiativo (p. ej.: piensa en por qué te sientes de esta manera), y a la otra mitad a distracción (p. ej.: piensa en una gota de agua cayendo por el vidrio de una ventana). Anterior y posteriormente al procedimiento de inducción los participantes realizaban la AMT. Los autores encontraron que tras la inducción aquellos participantes deprimidos que habían sido sometidos a distracción mostraban una disminución en su recuerdo autobiográfico, mientras que la inducción de rumiación mantenía los niveles iniciales de sobregeneralización. Sutherland y Bryant (2007) replicaron estos hallazgos en una muestra con depresión subclínica. En este estudio se asignó aleatoriamente a participantes con altas y bajas puntuaciones en BDI a la condición de rumiación (p. ej.: piensa en que tu carácter y cómo te gustaría ser) o a la de distracción (p. ej.: piensa cómo es de fría y suave una estatua de mármol). Los resultados mostraron que personas con altas puntuaciones en el BDI asignados a la condición de rumiación recordaron más recuerdos sobregeneralizados que sus homólogos asignados a la condición de

distracción, y que personas con bajos niveles de sintomatología depresiva en ambas condiciones.

Posteriormente, Watkins y Teasdale (2001, 2004) replicaron estos hallazgos con una muestra depresiva comparando diferentes tipos de inducción: autoenfoco rumiativo-abstracto (p. ej.: piensa en por qué te sientes de la manera en que lo haces); autoenfoco rumiativo-experiencial (p. ej.: focaliza tu atención en la experiencia de cómo te sientes físicamente); no autoenfoco abstracto (p. ej.: piensa en lo que significa el término igualdad); no autoenfoco no abstracto (p. ej.: piensa en una gota de agua cayendo por el cristal de una ventana). Los resultados mostraron que el grado de autoenfoco no afectaba a la especificidad del recuerdo (pero sí al estado de ánimo deprimido), mientras que el grado de pensamiento analítico-abstracto sí afectaba a la especificidad del recuerdo (aunque no al estado de ánimo), provocando aumentos en la sobregeneralización de este. Estos resultados muestran por un lado, que el fenómeno de la sobregeneralización está relacionado con un estilo de pensamiento analítico-abstracto y, por otro lado, que la sobregeneralización del recuerdo parece ser relativamente independiente del estado de ánimo depresivo.

Barnard, Watkins y Ramponi (2006) encontraron que en una muestra de estudiantes no disfóricos (y por tanto con bajas tendencias a la rumiación) una inducción de focalizar el pensamiento en temas relacionados con uno mismo producía un menor número de recuerdos específicos y un mayor número de recuerdos categóricos. Estos resultados, además, indican que la categorización de recuerdos no es dependiente de un estado de ánimo deprimido. Además son consistentes con los hallados por Spinhoven y cols. (2007), Crane y cols. (2007), y Barnhofer y cols. (2007), ya comentados anteriormente, con muestras de participantes con historia de depresión, en cuyos

estudios muestran que la menor especificidad del recuerdo de eventos personales está relacionada a actitudes disfuncionales auto-asignadas.

Sin embargo, un reciente estudio examinó el papel del estilo de procesamiento en la reactividad emocional, después de una tarea de fracaso en sujetos universitarios (Watkins, Moberly y Moulds, 2008). Los resultados mostraron que aquellos sujetos asignados a la condición de “procesamiento analítico” mostraron una mayor reactividad emocional después de la tarea de fracaso, puesto que su estado de ánimo empeoró significativamente respecto a los sujetos asignados a la condición “procesamiento experiencial” cuyo estado de ánimo empeoró pero no significativamente.

A pesar de los resultados contradictorios encontrados se podría concluir que, concretamente, la rumiación (es decir, un procesamiento analítico auto-referente) está relacionado con una mayor generación de recuerdos categóricos.

3.6.3. La hipótesis del déficit en la función ejecutiva

El modelo de Conway (1996, 2005) y Conway y Pleydell-Pearce (2000) asume que para generar recuerdos (como en cualquier otra tarea cognitiva que requiera esfuerzo) se necesita el uso de recursos cognitivos. Por tanto, los déficits en la capacidad de usar estos recursos cognitivos pueden afectar a diversas etapas del recuerdo.

Estudios neuropsicológicos han demostrado que el córtex prefrontal ejerce un control inhibitorio sobre las regiones límbicas, entre ellas la amígdala. La amígdala es una estructura relacionada con la reactividad emocional, y además, también facilita la codificación, y el recuerdo de material emocional modulando la actividad del hipocampo, región central de la memoria episódica. En personas con depresión, donde la reactividad emocional (negativa) es continua, se produciría una hiperactividad de la amígdala, que estaría asociada con una mejor codificación de estímulos negativos pero

no de estímulos positivos o neutros, lo que facilitaría el recuerdo de información negativa (ver modelo en Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011). Esta hiperactividad de la amígdala también sugeriría que hay una disminución en la función ejecutiva prefrontal, la cual como hemos dicho en condiciones normales debería inhibir la actividad de la amígdala. Esto dificultaría la realización de tareas que requirieran la activación mantenida de recursos cognitivos. Diversos estudios han mostrado que los pacientes deprimidos muestran dificultades en tareas que requieren control ejecutivo o memoria de trabajo (ver revisión en DeRubeis, Siegle y Hollon, 2008).

El grupo de Hertel y colaboradores (Hertel y Hardin, 1990; Hertel y Rude, 1991; ver también revisión en Hertel, 2000) han proporcionado un modelo teórico para explicar la presencia de déficits en la función ejecutiva en la depresión. De acuerdo con su modelo, las personas deprimidas se caracterizarían por déficits en su función ejecutiva cuando deben realizar tareas que demanden el uso de recursos cognitivos (p. ej.: una tarea de memoria autobiográfica). Concretamente, las personas con depresión se caracterizarían por problemas en la realización de estas tareas cognitivas debido a un déficit en su capacidad para iniciar estrategias relevantes o generar hipótesis apropiadas para la realización de las mismas. En el caso concreto de la memoria autobiográfica, una menor especificidad del recuerdo y/o una mayor categorización del mismo sería consecuencia de déficits en funciones ejecutivas, como, por ejemplo, tener una menor accesibilidad a estrategias efectivas de recuerdo durante la tarea de memoria y/o a problemas en inhibir respuestas inadecuadas en la tarea.

La relación entre déficits en la función ejecutiva y mayor categorización del recuerdo autobiográfico en la depresión ha sido demostrada a través de diferentes experimentos en investigación reciente (p. ej.: Dalgleish, Williams, Golden. Perkins, Barret y cols., 2007, 8 experimentos). Dalgleish y cols. (2007) mostraron que una

mayor presencia de déficits en la función ejecutiva (p. ej.: fluidez verbal) mediaba la relación entre un elevado estado de ánimo deprimido y una mayor categorización del recuerdo autobiográfico en una muestra clínica (experimento 1).

De este modo, un déficit en el uso de funciones ejecutivas en el manejo de recursos cognitivos, como se ha demostrado consistentemente en la depresión, podría ser otro factor implicado en la relación entre depresión y memoria autobiográfica sobregeneralizada.

CAPÍTULO 4. Formulación de un modelo cognitivo integrador y planteamiento de estudios para esta tesis

4.1. Formulación de un modelo integrador de vulnerabilidad cognitiva a la depresión

Desde la primera formulación del modelo cognitivo de Beck (1967) donde se asumía la importancia de los esquemas cognitivos como mecanismos de vulnerabilidad a la depresión, los avances en la investigación empírica de las dos últimas décadas ha permitido desarrollar nuevos conocimientos sobre los mecanismos implicados en la vulnerabilidad a la depresión (i.e., estilo rumiativo, supresión de pensamientos, recuerdos generales, etc). De esta manera, se ha planteado una reformulación del modelo cognitivo donde se recogen los avances más importantes realizados por la literatura (véase la figura 2) (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Como hemos visto a lo largo de esta revisión teórica, y consistentemente con el modelo Beck (1967), los esquemas cognitivos negativos, o actitudes disfuncionales, en interacción con niveles elevados de estrés jugarían un papel fundamental en la predicción de nuevos casos de depresión (p. ej.: Alloy y Abramson, 1999, Lewinshon, Joiner y Rohde, 2001). Además, también se ha observado que las personas con depresión muestran niveles más elevados de dichas actitudes disfuncionales que las personas no deprimidas sugiriendo que éstas también podrían jugar un papel importante en el curso de la depresión (p. ej.: Zimmerman, Coryell, Coryell, y Wilson, 1986; Miranda, Persons y Byers, 1990). Por último, la literatura también ha mostrado que estas actitudes o esquemas negativos actuarían sesgando el procesamiento de la información, facilitando así la atención y el recuerdo de información que es congruente con esos esquemas (i.e., información negativa en personas deprimidas) (p. ej.: Matt, y cols. 1992), contribuyendo al mantenimiento del episodio depresivo.

Estudios realizados en la década de 90 han mostrado que los estilos de respuesta caracterizados por rumiaciones excesivas sobre los primeros síntomas depresivos (Nolen-Hoksema, 1991), así como los intentos controlados por no pensar en ellos (i.e., supresión de pensamientos) (Conway, Howell y Giannopoulos, 1991) contribuirían a la intensificación y al mantenimiento de los síntomas depresivos. Además, en interacción con elevados niveles de estrés, ambos constructos se relacionarían con la predicción de sintomatología depresiva en muestras sin patología (p ej.: Just y Alloy, 1997; Beevers y Meyer, 2004). Asimismo, otra serie de estudios han mostrado que tanto la rumiación como la supresión de pensamientos estarían relacionados un mayor recuerdo de eventos personales negativos en personas con estado de ánimo deprimido o disfórico (Dalgleish y Yiend, 2006; Lyubomirsky y cols, 1998). Todos estos estudios mostrarían que la rumiación y la supresión de pensamientos estarían implicados en el desarrollo y el mantenimiento del trastorno depresivo.

Otro factor que ha sido ampliamente estudiado en los últimos años es el fenómeno de la memoria autobiográfica sobregeneralizada (i.e., tendencia a recuperar de un modo vago y generalizado experiencias de la propia vida). Estudios realizados en muestras sanas han hallado que, en interacción con eventos de vida estresantes, una elevada sobregeneralización del recuerdo predice a largo plazo mayores niveles de sintomatología depresiva (Mackinger y cols., 2000; Van Minnen y cols., 2004). Además, en personas actualmente deprimidas la sobregeneralización del recuerdo contribuiría a un peor pronóstico del mismo, relacionándose con el mantenimiento del episodio depresivo (p. ej.: Brittlebank y cols, 1993; Peteers y cols., 2002).

Por último, son varios los estudios posteriores al modelo cognitivo de Beck, que han demostrado que las personas que han sufrido episodios depresivos previos parecen estar más sensibilizados a la aparición de sucesos estresantes. Por ejemplo, Lewinsohn y

cols. (1999) en un estudio prospectivo sobre primeros episodios, observaron que se necesitaban al menos tres sucesos estresantes para desencadenar un primer episodio de depresión mayor, mientras que en el caso de las depresiones recurrentes bastaba un suceso estresante previo para desencadenar el nuevo episodio. Según Teasdale (1988), y *su hipótesis de la activación diferencial*, los episodios previos de depresión provocarían un aumento en la accesibilidad de los esquemas negativos y el procesamiento de información depresivo durante estados de disforia, lo que podría explicar este hallazgo. Por tanto, parece que el propio episodio depresivo podría contribuir a la vulnerabilidad a la depresión.

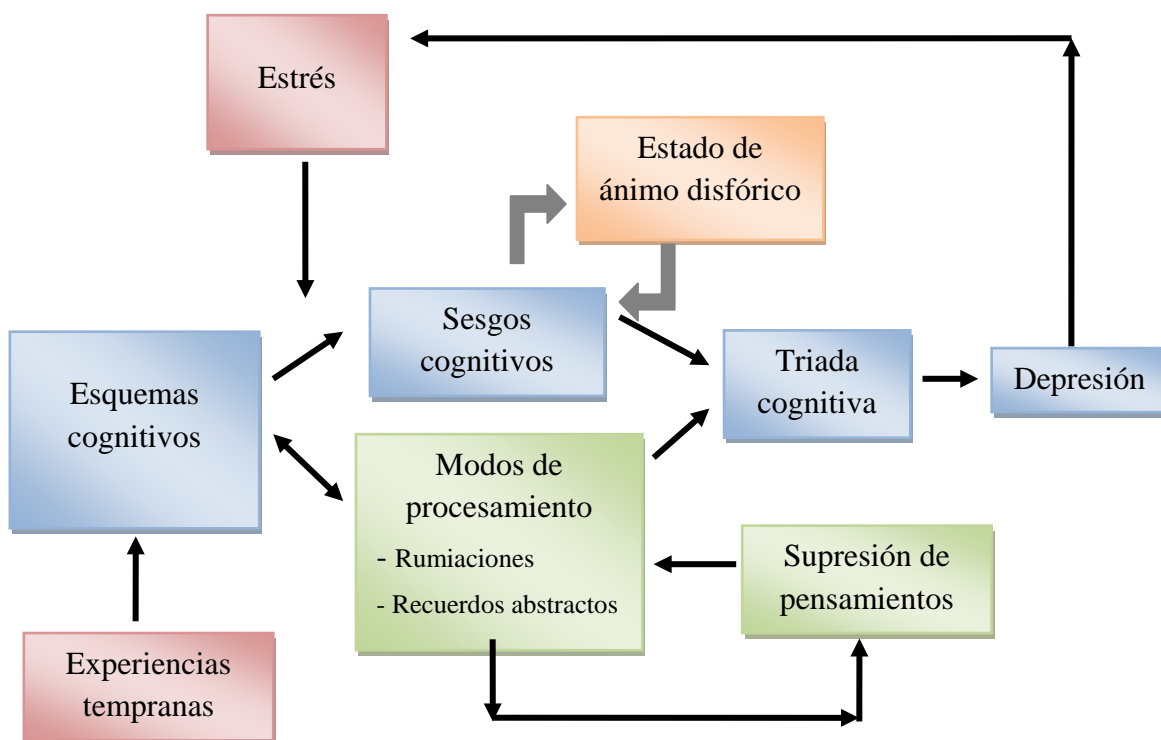


Figura 2: Reformulación del modelo cognitivo basado en datos empíricos (Vázquez y cols., 2010).

4.2. Planteamiento de estudios para la tesis

La literatura empírica ha demostrado que las personas actualmente deprimidas muestran sesgos en el procesamiento de la información, como en los procesos de memoria (Matt y cols, 1992). Además, también se ha mostrado que los esquemas cognitivos, la supresión de pensamientos, y el estilo de pensamiento rumiativo, podrían estar implicados en la aparición de estos sesgos negativos en el recuerdo. No obstante, existe un menor número de estudios que hayan evaluado el patrón de recuerdo en muestras de participantes con historia pasada de depresión. Algunos de estos estudios han mostrado que una vez que el episodio depresivo remite, el procesamiento de la información de estas personas es similar al de las personas que nunca se han deprimido, pues sus esquemas negativos se no encontrarían activados. Mediante procedimientos de activación de esquemas, como la inducción de estado de ánimo negativo, la mayoría de los estudios han observado que, en comparación a personas que nunca se han deprimido, personas con historia de depresión muestran un procesamiento de la información diferente (i.e., mayor recuerdo de información negativa) (ver revisión en Scher, Ingram y Segal, 2005). Sin embargo, algunos estudios han encontrado que no es necesaria la activación de esquemas para poder observar sesgos negativos en el procesamiento de estas personas vulnerables (p. ej.: Alloy y cols., 1997; Dobson y Shaw, 1987). Asimismo, tampoco se han realizado estudios donde se haya evaluado las variables cognitivas de vulnerabilidad que podrían estar relacionadas con la presencia de estos sesgos negativos en las personas con historia de depresión.

Por otro lado, la literatura empírica que ha examinado el fenómeno de la sobregeneralización del recuerdo en participantes actualmente deprimidos, han hallado que estas personas muestran un patrón de recuerdo más generalizado-categorico y/o menos específico que las personas no deprimidas (ver revisión en Williams y cols,

2007). Sin embargo, estos hallazgos en muestras de participantes con historia de depresión no se han encontrado de manera tan consistente. En este sentido, algunos estudios han encontrado que personas con historia de depresión muestran una menor especificidad del recuerdo que los participantes nunca deprimidos (p. ej.: Mackinger, Pachinger, y cols., 2000), mientras que otros estudios no han encontrado diferencias entre los dos grupos (p. ej.: Nandarino y cols., 2002).

Para intentar esclarecer estas incógnitas, en la presente tesis planteamos un primer estudio donde se analizará el patrón de recuerdo de información auto-referente y autobiográfica en una muestra de participantes con y sin historia de depresión. Además, también se evaluará las posibles variables cognitivas de vulnerabilidad que podrían estar implicadas en la aparición de posibles patrones sesgados de recuerdo (i.e., esquemas negativos, estilo rumiativo, supresión de pensamientos). En un segundo estudio, se evaluó una muestra de pacientes actualmente deprimidos. El objetivo de este segundo estudio, es, al igual que en el primero, analizar conjuntamente sesgos de recuerdo a información auto-referente y autobiográfica, así como los factores de vulnerabilidad implicados (i.e., esquemas negativos, autoestima, estilo rumiativo, supresión de pensamientos). Además, mediante este segundo estudio también compararemos el patrón de resultados hallados en el primer estudio con los participantes vulnerables.

Para el análisis del recuerdo autobiográfico, se utilizó una metodología diferente a la utilizada por la mayoría de la investigación: el recuerdo libre de cinco sucesos personales importantes. De esta manera, analizaremos si el patrón sobregeneralizado de recuerdo, consistentemente encontrado en participantes deprimidos, puede observarse también mediante este tipo de metodología

A continuación se presenta de manera resumida las características generales de los estudios planteados (véase la tabla 1).

Participantes	Diseño	Objetivos generales	Descripción
Estudio 1	Muestra universitaria (n= 73)	Experimental	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de sesgos de recuerdo a información auto-referente. ❖ Evaluación de sesgos de recuerdo a información autobiográfica. ❖ Evaluación del patrón sobregeneralizado de recuerdo autobiográfico. ❖ Evaluación de los esquemas negativos, la rumiación y la supresión de pensamientos en los sesgos de memoria.
			<p>Los participantes completaron la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T1).</p> <p>Posteriormente realizaron la tarea de palabras desordenadas para evaluar los esquemas negativos.</p> <p>A continuación realizaron la tarea de codificación auto-referente, y seguidamente la tarea de recuerdo libre y la tarea de reconocimiento.</p> <p>Volvieron a rellenar el EVEA (T2) y realizaron la tarea de memoria autobiográfica.</p> <p>Por último, completaron el cuaderno de cuestionarios.</p>
Estudio 2	Muestra clínica (n=77)	Experimental	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de sesgos de recuerdo a información auto-referente. ❖ Evaluación de sesgos de recuerdo a información autobiográfica. ❖ Evaluación del patrón sobregeneralizado de recuerdo autobiográfico. ❖ Evaluación de los esquemas negativos, la autoestima, la rumiación y la supresión de pensamientos en los sesgos de memoria.
			<p>Los participantes completaron la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T1).</p> <p>Posteriormente realizaron la tarea de palabras desordenadas para evaluar los esquemas negativos.</p> <p>A continuación realizaron la tarea de codificación auto-referente, y seguidamente la tarea de recuerdo libre y la tarea de reconocimiento.</p> <p>Volvieron a rellenar el EVEA (T2) y realizaron la tarea de memoria autobiográfica.</p> <p>Por último, completaron el cuaderno de cuestionarios.</p>

Tabla 1: Resumen de los objetivos y características de los estudios planteados

SEGUNDA PARTE: Investigación empírica

CAPÍTULO 5. Estudio 1: Memoria auto-referente y autobiográfica en personas con historia de depresión mayor

5.1. Descripción de objetivos e hipótesis

Los objetivos de este primer estudio fueron los siguientes:

Primer objetivo: Evaluación de sesgos de memoria para información negativa auto-referente en una muestra de participantes con historia pasada de depresión.

La tarea de recuerdo seleccionada para analizar estos sesgos fue la tarea de codificación auto-referente, donde se presentan palabras de diferente contenido emocional (positivo, negativo, neutro) que el participante debe considerar si le describe o no. Posteriormente, se realiza una tarea de recuerdo libre y una tarea de reconocimiento. Se incluyó en el estudio una tarea de reconocimiento debido a: 1) No hay estudios que hayan utilizado tareas de reconocimiento para evaluar el recuerdo de material auto-referente en muestras de personas con historia pasada de depresión, y 2) Nos permitió comparar la ejecución en la recuperación incidental de material auto-referente a través de la tarea de recuerdo libre y la tarea de reconocimiento.

Se han llevado a cabo diversos estudios en los que se ha analizado el patrón sesgado de recuerdo de información auto-descriptiva en muestras de participantes con historia pasada de depresión. La mayoría de estos estudios, basándose en la hipótesis de *diátesis-estrés*, han mostrado que personas con historia pasada de depresión muestran el mismo patrón de recuerdo que personas que nunca se han deprimido (i.e., mayor auto-asignación y recuerdo de material positivo, y menor auto-asignación y recuerdo de material negativo). Sin embargo, mediante la utilización de procedimientos de *priming* (i.e., inducción de estado de ánimo negativo), dirigidos a activar los esquemas que permanecen latentes después de que el episodio depresivo remite, se ha observado un

patrón diferente de recuerdo respecto a personas nunca deprimidas (i.e., menor recuerdo positivo y mayor recuerdo negativo) (p. ej.: Timbremont y Braet, 2004).

Por otro lado, otra serie de estudios sí han encontrado que el procesamiento auto-referente se mantiene sesgado incluso una vez que el episodio depresivo ha remitido (Dobson y Shaw; 1987; Dozois y Dobson, 2001a), lo que sugeriría que no es necesaria la activación de esquemas para observar sesgos en el procesamiento de la información. Por ejemplo, en el primer estudio se encontró que las personas con TDM en remisión mostraban un procesamiento de información diferente a las personas nunca deprimidas (i.e., menor auto-asignación y recuerdo de información positiva).

En nuestro estudio, esperamos que las personas con historia pasada de depresión se caractericen por un patrón cognitivo sesgado para información negativa, tanto en la codificación de adjetivos, como en el recuerdo de éstos.

Segundo objetivo: Evaluación de sesgos de memoria para información negativa autobiográfica en una muestra de participantes con historia pasada de depresión.

Los estudios que han analizado el patrón sesgado de recuerdos autobiográficos han utilizado el procedimiento de palabras claves. Bajo este procedimiento la mayor o menor accesibilidad a recuerdos positivos y/o negativos se analiza a través de la rapidez en evocar recuerdos ante palabras positivas y negativas presentadas. Los resultados hallados bajo este paradigma han sido inconsistentes, encontrando algunos estudios que los participantes deprimidos responden más rápidamente ante la presentación de palabras negativas, y/o más lentamente ante palabras positivas, mientras que otros estudios no han encontrado diferencias en los tiempos de reacción ante material positivo y negativo (ver revisión en Williams, y cols., 2007). Teniendo en cuenta la inconsistencia entre estos estudios, en nuestro estudio utilizamos un procedimiento de recuerdo libre, en el que los participantes tenían que anotar los cinco primeros recuerdos

que les vengan a la cabeza. Mediante esta tarea esperamos encontrar que las personas con historia pasada de depresión se caracterizasen por una mayor accesibilidad a recuerdos autobiográficos negativos que las personas sin historia de depresión.

Tercer objetivo: Evaluación del patrón de especificidad y generalización de los recuerdos autobiográficos.

Como ya revisamos en la introducción gran parte de la literatura empírica ha hallado que personas actualmente deprimidas muestran una mayor tendencia a recuperar recuerdos de eventos de manera generalizada y/o menos específica (véase revisión en Williams y cols., 2007). No obstante, existe una mayor inconsistencia en los estudios que han evaluado muestras de participantes con historia de depresión. Algunos estudios han encontrado que las personas con historia pasada muestran recuerdos más categóricos que las personas nunca deprimidas (p. ej.: Mackinger, Pachinger y cols., 2000), mientras que otros estudios no han hallado diferencias entre ambas muestras (p. ej.: Nandarino, y cols., 2002). En nuestro estudio analizamos si ese patrón generalizado se producía o no en personas con episodio depresivo remitido.

Cuarto objetivo: Evaluación del papel de los esquemas negativos, la rumiación y la supresión de pensamientos en los sesgos de memoria.

Este objetivo general se articula a través de los siguientes apartados:

- a) Relaciones entre actitudes disfuncionales, esquemas negativos y recuerdo de material auto-referente y autobiográfico:

En nuestro estudio examinamos si un elevado nivel de esquemas negativos, a pesar de estar supuestamente latentes, se relacionarían con un mayor procesamiento de información negativa (y con un menor procesamiento de información positiva), relacionada con el *self*, ya sea información auto-referente o autobiográfica. Un

estudio llevado a cabo por Alloy, Abramson, y cols. (1997) encontró que los participantes con alto riesgo cognitivo (elevados niveles de actitudes disfuncionales y estilo atribucional depresógeno) recordaban un menor porcentaje de recuerdo positivo auto-referente.

b) Relaciones entre estilo rumiativo y recuerdo auto-referente:

Joormann, Dkane y Gotlib (2006) analizaron si la escala de respuestas rumiativas se relacionaría con un mayor recuerdo incidental a material negativo auto-referente. Estos hallaron que únicamente se relacionaba con la submuestra de pacientes actualmente deprimidos, y no con participantes con historia de depresión. No obstante, en dicho estudio no expusieron datos de cuál fue el porcentaje de recuerdo negativo para cada grupo, ni si se daban diferencias entre grupos en el recuerdo. En nuestro estudio evaluamos si, ante la posible presencia de sesgos negativos en el recuerdo de información negativa auto-referente en personas con historia de depresión, el estilo rumiativo estaría relacionado.

c) Relaciones entre estilo rumiativo y supresión de pensamientos y recuerdo autobiográfico:

Los estudios realizados con muestras de participantes con y sin disforia han mostrado que los efectos perniciosos de la rumiación y de la supresión de pensamientos se dan en conjunción con un estado de ánimo negativo (ver revisiones en Wisko y cols., 2008; Wenzlaff y Wegner, 2000). Estos estudios han mostrado que los participantes no disfóricos que son inducidos a rumiar no muestran una mayor accesibilidad a recuerdos negativos en comparación a las personas no disfóricas a las que se les induce a distraerse (p. ej.: Lyubomirsky, y cols., 1998). En nuestro estudio analizamos si estos factores estarían asociados con un incremento de recuerdo de eventos personales

negativos. No esperamos encontrar estas asociaciones, pues el estado de ánimo de nuestros participantes era eutímico.

En resumen, teniendo en cuenta los resultados de estudios previos, las hipótesis del primer estudio son las siguientes:

En comparación con quienes no tienen una historia pasada de depresión, los participantes con historia pasada:	
H1	Se auto-asignarán un mayor número de palabras negativas, y menor número de palabras positivas.
H2	Recordarán un mayor número de palabras negativas, y un menor número de palabras positivas auto-referentes.
H3	Reconocerán un mayor número de palabras negativas, y un menor número de palabras positivas auto-referentes.
H4	Recordarán un mayor número de eventos autobiográficos negativos, y un menor número de eventos autobiográficos positivos.
H5	Recordarán un mayor número de eventos generales y un menor número de eventos autobiográficos específicos.
En cuanto a las relaciones entre variables:	
H6	Los esquemas negativos se relacionarán con mayor recuerdo de información negativa auto-referente.
H7	El estilo rumiativo no se relacionará con mayor recuerdo de información negativa auto-referente. Tampoco se relacionará la supresión de pensamientos.
H8	Los esquemas negativos se relacionarán con mayor recuerdo de información negativa autobiográfica.
H9	El estilo rumiativo no se relacionará con mayor recuerdo de información negativa autobiográfica. Tampoco se relacionará la supresión de pensamientos.

5.2. Muestra y formación de grupos

Un total de 73 estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid participaron en el primer estudio (78,1% mujeres) como práctica voluntaria de una asignatura. La edad media fue de 22,04 años (d.t.= 2,058). Los participantes finalmente incluidos fueron seleccionados a partir de la evaluación realizada con 208 estudiantes en los que se evaluó la presencia de historia pasada de depresión mediante el Inventario Diagnóstico de Depresión (Diagnostic Inventory of Depression; Zimmerman, Sheeran y Young, 2004), utilizando criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994).

Aquellos participantes que cumplieron los siguientes criterios fueron asignados al grupo de historia pasada de depresión:

- Presencia en el pasado de al menos 5 síntomas depresivos con valor diagnóstico (incluido la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o anhedonia).
- Impacto de tales condiciones en diferentes áreas de la vida del sujeto o malestar clínicamente significativo.
- El episodio depresivo no fue debido a enfermedad, trastorno o lesión orgánica ni al consumo de sustancias.
- La duración del episodio fue de al menos 2 semanas.

Para descartar casos de episodio depresivo actual se incluyeron al final del inventario las siguientes preguntas (véase el Anexo 1): ¿Cuándo comenzó? ¿Se trata de un periodo vivido en la actualidad?, Si no se trata de un episodio vivido en la actualidad, ¿cuándo acabó?

Por otro lado, para conformar el grupo control de comparación, se utilizó un criterio restrictivo de selección de participantes, que consistió en seleccionar a aquellos participantes que, además de no cumplir criterios para un diagnóstico de historia pasada

de depresión, no hubieran manifestado más de un síntoma depresivo durante el marco temporal identificado en el cuestionario como “Aquellas dos semanas de su vida en que se sintió más deprimido”. De este modo, se seleccionaron como grupo control de comparación participantes que indicaran no haber experimentado conjuntos de síntomas depresivos en ningún momento de sus vidas.

De ambos grupos se excluyeron aquellos participantes con puntuación mayor a 11 en la escala BDI-II (inventario de depresión de Beck), para descartar sintomatología depresiva en la actualidad. Según la versión española de la escala (Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003) puntuaciones mayores a 12 serían consideradas indicativas de disforia. Otros estudios que han evaluado muestras de personas con historia de depresión han llevado a cabo este mismo procedimiento de exclusión (p. ej.: Mackinger, Pachinger y cols., 2000; Spinhoven y cols., 2007), para maximizar la selección de personas con y sin historia pasada de depresión, pero sin presencia de disforia o elevada sintomatología depresiva en la actualidad.

De acuerdo a los criterios de selección, 31 participantes fueron asignados al grupo de historia pasada de depresión (HD), y 42 fueron asignados al grupo control nunca deprimido (ND).

5.3. Medidas

Inventario Diagnóstico de Depresión (IDD, adaptado del Diagnostic Inventory of Depression, DID; Zimmerman, Sheeran y Young, 2004). Este inventario evalúa la presencia de un episodio depresivo mayor según criterios del DSM-IV. Por ello fue traducido y transformado al formato de historia pasada de depresión siguiendo el planteamiento utilizado en las versiones anteriores de este instrumento. Estas versiones anteriores cuentan tanto con un inventario de diagnóstico de episodio depresivo mayor actual (Inventory to Diagnose Depression, IDD; Zimmerman, Coryell, Corenthal y

Wilson, 1986) como con un inventario de diagnóstico de episodio depresivo mayor a lo largo de la vida (Inventory to Diagnose Depression Lifetime versión, IDDL; Zimmerman y Coryell, 1987), pero en ellas se realiza el diagnóstico mediante criterios DSM-III-R. Esta versión previa con criterios DSM-III-R cuenta con una buena sensibilidad (74%) y especificidad (93%) para diagnósticos de depresión mayor en el pasado (Zimmerman y Coryell, 1987). El instrumento utilizado en nuestro estudio consistió en un cuestionario auto-aplicado de 42 ítems con una escala Likert de 5 puntos (de 0 a 4 en base al nivel de gravedad), que nos permitió establecer la presencia de episodio depresivo mayor en el pasado en base a criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994), evaluándose los criterios de inclusión por al menos 5 síntomas (siendo uno de ellos estado de ánimo deprimido o anhedonia) y el nivel de incapacitación producido por tales condiciones en las áreas de la vida del sujeto, así como una evaluación de la valoración por parte del sujeto de su calidad de vida. Se basa en la adaptación a una versión de “diagnóstico pasado” de la versión de “diagnóstico actual” (DID; Zimmerman, Sheeran y Young, 2004), el cual ha demostrado ser un adecuado instrumento de diagnóstico con fines de investigación (p. ej.: Zimmerman, Posternak, McGlinchey, Friedman, Attiullah, y Boerescu, 2006). En nuestra versión se modificó el marco de referencia del episodio de “Las últimas dos semanas” a “Aquellas dos semanas de su vida en que se sintió más deprimido”. De este modo, el inventario evaluó el peor episodio depresivo en la vida del participante y sirvió para determinar si la gravedad de dicho episodio cumplía criterios diagnósticos de depresión mayor según los criterios del manual DSM-IV (APA, 1994) (El instrumento adaptado y modificado se incluye en el Anexo 1).

Escala de valoración de estados de ánimo (EVEA; Sanz, 2001). Esta escala evalúa el estado de ánimo en el momento de la administración. Consta de 16 ítems con una escala visual de 11 puntos para cada uno de ellos, y tiene 4 sub-escalas de 4 ítems cada una: Tristeza, Alegría, Ansiedad, Hostilidad. Las puntuaciones en cada sub-escala oscilan entre 0 y 40 puntos. En este estudio se usaron las sub-escalas de Tristeza y Alegría. Estas sub-escalas han mostrado una buena fiabilidad test-retest (7 minutos: 0.64-0.81; 25 minutos: 0.76-0.88) y una adecuada consistencia interna (Tristeza: $\alpha=.88$; Alegría: $\alpha=.93$) y también buenos datos de validez (factorial, discriminante, de criterio y de sensibilidad de cambio; Sanz, 2001). En este estudio la consistencia interna fue buena para el estado de ánimo alegre ($\alpha=.89$), y para el estado de ánimo triste ($\alpha=.86$).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996). Evalúa sintomatología depresiva actual. Consta de 21 ítems, cada uno de los cuales contiene 4 afirmaciones ordenadas según un contenido depresivo creciente. El participante debe elegir aquella/s con la/s que se sienta identificado. La puntuación de cada ítem es de 0 a 4 según la afirmación elegida, codificando siempre la mayor en el caso de que haya seleccionado varias. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 84 puntos. La adaptación española muestra una buena consistencia interna ($\alpha=.89$) y una buena validez factorial y de contenido (Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003). En este estudio la consistencia interna fue adecuada ($\alpha=.74$).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Evalúa sintomatología ansiosa actual. Está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Cada uno de los ítems consta de 4 opciones de respuesta, ordenadas según una gravedad creciente. El participante debe elegir aquella/s con la/s que se sienta identificado. La puntuación de cada ítem es de 0 a 4 según la afirmación elegida, codificando siempre la mayor en el caso de que haya

seleccionado varias. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 84 puntos. Este instrumento muestra unas adecuadas fiabilidad test-retest y consistencia interna en su adaptación al castellano (Sanz y Navarro, 2003). En este estudio la consistencia interna fue buena ($\alpha=.87$).

Escala de Respuestas Rumiativas (RRS, Ruminative Responses Scale; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Evalúa la presencia de un estilo rumiativo. La escala consta de 22 ítems con una escala Likert de 5 puntos desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”. Las puntuaciones oscilan entre 22 y 110 puntos. En estudios previos ha mostrado una buena consistencia interna ($\alpha=.89$) y adecuada fiabilidad test-retest (.80 en 5 meses, .62 en un año). La adaptación española ha sido realizada por Hervás (2008), y ha mostrado una consistencia interna muy buena ($\alpha=.93$), al igual que en esta muestra ($\alpha=.90$).

Inventario de Supresión del Oso Blanco (White Bear Suppression Inventory, WBSI; Wegner y Zanakos, 1994). Evalúa la tendencia general a suprimir pensamientos negativos o molestos. El participante tienen que contestar 15 ítems (p. ej.: “Desearía dejar de pensar en ciertas cosas”, “Tengo pensamientos que intento evitar”) usando una escala Likert de 5 puntos desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”. Las puntuaciones oscilan entre 15 y 75 puntos. La adaptación al castellano (González, Averó, Rovella y Cubas, 2008) ha mostrado una buena consistencia interna ($\alpha=.89$) y una adecuada fiabilidad test-retest ($r=.71$). En este estudio se utilizó una versión más corta de la escala, propuesta por Muris, Merckelbach y Horselenberg (1996), que excluye 5 ítems relacionados con la intrusividad de pensamientos no deseados más que con la tendencia a suprimir pensamientos en sí misma. La consistencia interna en esta muestra fue buena ($\alpha=.87$).

Cuestionario de Eventos Estresantes (CEE) [basado en la Escala de Eventos Vitales (Life Events Scale, LES; Francis-Raniere, Alloy y Abramson, 2006)]. La escala original es un instrumento que evalúa 193 categorías de eventos vitales referentes a diferentes dominios (p. ej.: empleo, educación, relaciones de pareja, familia, etc.). Evalúa tanto eventos negativos como positivos, con diferentes niveles de impacto emocional (desde de bajo impacto a situaciones negativas crónicas). A partir de esta macro-escala se realizó una selección y traducción de 46 ítems referidos a eventos negativos en diferentes dominios vitales que fuesen representativos para una muestra de estudiantes universitarios (p. ej.: haber suspendido exámenes importantes, ruptura sentimental con novio/a, conflictos o discusiones con otros miembros de la familia, etc.), y un último ítem en el que podían indicar alguna otra experiencia no señalada en la lista, pero que considerasen relevante. Para cada categoría el participante debía indicar si había experimentado esa situación durante el último año. En caso afirmativo, debían indicar el número de ocasiones, cómo les afectó (dentro de una escala de 0= nada a 5=muchísimo) y durante cuánto tiempo le afectó (dentro de una escala de 0 = no me molestó a 5= más de un mes). Un ejemplo del instrumento utilizado se incluye el Anexo 2.

Los índices establecidos para este estudio fueron los siguientes:

- **Número total de eventos:** Suma de los episodios negativos que el participante indicó haber experimentado.
- **Número de veces:** Suma del número de veces de los episodios negativos experimentados.
- **Malestar emocional:** Nivel medio de malestar emocional experimentado durante los episodios negativos.
- **Duración del malestar emocional:** Duración media del malestar emocional experimentado durante los episodios negativos.

5.4. Tareas experimentales

- *Tarea de palabras desordenadas*

Es una tarea creada por Wenzlaff y Bates (1998) para evaluar esquemas cognitivos negativos latentes a través de sesgos de accesibilidad. La tarea consiste en ordenar frases de 5 palabras, a partir de grupos de 6 palabras desordenadas, numerándolas del 1 al 5 encima de la palabra correspondiente según la primera frase que le venga a la mente. Todas las frases se pueden ordenar de dos formas, una positiva y otra negativa (p. ej.: *igual soy otros yo inferior a*). Cada persona realizó un bloque con 20 frases desordenadas (véase la tarea completa en el Anexo 3) con una carga cognitiva. La carga cognitiva consistió en retener un número de 6 cifras en la memoria mientras ordenaban las 20 frases, y su objetivo fue inhibir el control consciente del procesamiento al realizar la tarea, y facilitar así en participantes vulnerables la aparición de sesgos derivados del esquema negativo latente (véase Wenzlaff y Bates, 1998). El tiempo permitido para completar la prueba fue de únicamente 2 minutos y medio. En esta condición de tiempo restringido, las instrucciones dadas al participante fueron que tendría que intentar completar tantas frases como fuera posible durante ese período, sin detenerse a corregir errores. Tras finalizar el período de dos minutos y medio se verificó si los participantes habían retenido el número durante la prueba, pidiéndoles que lo escribiesen. El índice en esta tarea se establece por la proporción de frases negativas respecto a positivas que el participante genere.

- *Tarea de codificación auto-referente y recuerdo incidental (SRIRT)*

1. Tarea de codificación auto-referente

Estímulos: Se utilizaron 36 adjetivos en lengua española agrupados en tres categorías: 12 de contenido alegre, 12 de contenido depresivo y 12 de contenido neutro,

y 6 adjetivos de práctica (véase el anexo 4). Las palabras fueron seleccionadas de listas de palabras estandarizadas para su uso en este tipo de experimentos (Jiménez, Vázquez, Hernangómez., 1998; Nieto, Hervás y Vázquez 2006). Las diferentes categorías de palabras fueron equivalentes en términos de longitud, emocionalidad, y frecuencia de uso a través de la base de datos LEXESP (Léxico informatizado del Español; Sebastián, Martí, Cuetos y Carreiras, 2000).

Diseño Experimental. En el centro de la pantalla se fueron presentando las palabras una a una de manera aleatoria para cada participante, y en su versión femenina o masculina para optimizar el procesamiento auto-referente. En primer lugar se realizó un ensayo de prueba para que los participantes se familiarizasen con el procedimiento, y posteriormente comenzaba la tarea experimental. Los participantes fueron instruidos a colocar el dedo índice de la mano izquierda en la tecla Q señalizada “SI” y el dedo índice de la mano derecha en la tecla P señalizada “NO”. La tarea del participante consistía en indicar ante la presentación de cada palabra si les describía personalmente o no pulsando la tecla correspondiente. Después de pulsar la tecla la palabra desaparecía. La duración máxima de la presentación de la palabra era de 2000 ms, y el tiempo entre la presentación de cada estímulo era de 500 ms (véase la figura 3).

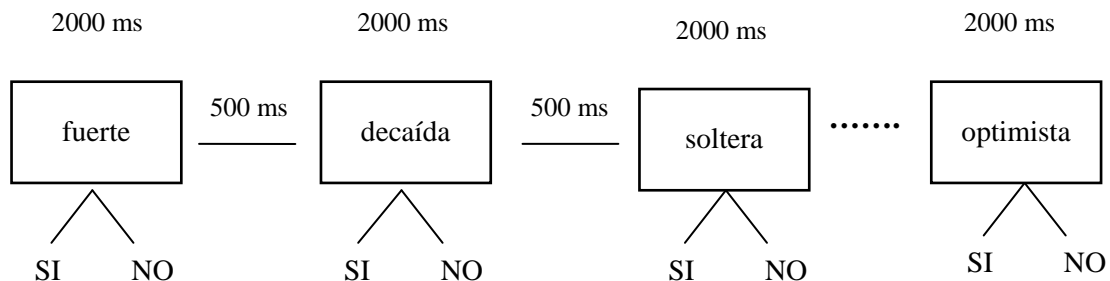


Figura 3. Esquema de la tarea de codificación y recuerdo incidental.

2. Tarea de recuerdo incidental

La tarea de memoria se realizó sobre las palabras presentadas en la tarea de codificación auto-referente. Esta tarea tenía dos partes, una primera parte de recuerdo libre, y una segunda parte de reconocimiento. Para cada una de las dos partes se les dio 3 minutos de tiempo. En la parte correspondiente a la tarea de reconocimiento se presentaron 36 palabras, de las cuales 18 fueron palabras correctas (6 positivas, 6 depresivas y 6 neutras), y 18 palabras falsas (6 positivas, 6 depresivas y 6 neutras).

Los índices referidos en la tarea de codificación auto-referente y de recuerdo incidental (recuerdo libre y reconocimiento) fueron:

- **Proporción de palabras auto-asignadas.** Número de palabras auto-descriptivas dentro de cada categoría emocional (positiva, negativa, y neutra) dividido por el número total de palabras auto-asignadas.
- **Tiempo de reacción en la auto-asignación de adjetivos.**
- **Proporción de recuerdo de palabras positivas, negativas, y neutras auto-referentes.** Número de palabras de cada categoría emocional (positiva, negativa, y neutra) auto-asignadas y posteriormente recordadas dividido por el número total de palabras auto-asignadas y recordadas.
- **Proporción de reconocimiento de palabras positivas, negativas, y neutras auto-referentes.** Número de palabras de cada categoría emocional (positiva, negativa, y neutra) auto-asignadas y posteriormente reconocidas dividido por el número total de palabras auto-asignadas y reconocidas.

Previamente a calcular estos índices, y con el fin de minimizar la influencia de puntuaciones extremas, se eliminaron las latencias mayores y menores a dos desviaciones típicas de la media. Posteriormente, se realizó un diagrama de cajas (Box

Plot) para eliminar los valores extremos. El porcentaje de ensayos eliminados fue del 6,77%. Este procedimiento ha sido llevado a cabo por gran parte de la literatura experimental que ha utilizado esta tarea (p. ej.: Gotlib, Kash, Joormann y cols. 2004; Joorman; Dkane, y Gotlib, 2006).

▪ *Tarea de memoria autobiográfica*

La tarea de memoria autobiográfica consistió en la recuperación de recuerdos personales dentro de un marco temporal concreto. Siguiendo las instrucciones habituales para este tipo de tareas (p. ej.: Rusting y DeHart, 2000; Smith & Petty, 1995; McFarland y Buehler, 1998) se pidió a los participantes que recordaran y describieran brevemente y de manera específica los 5 sucesos que antes les viniera a la mente de los últimos dos años. A continuación, en la siguiente página, se les pidió que puntuaran la valencia de cada uno de los recuerdos a partir de una escala Likert de 9 puntos (Extremadamente negativo-Extremadamente positivo). Dos jueces independientes, fueron entrenados para puntuar cada uno de los recuerdos según si era general-categorico, general-extendido o específico. De la misma manera, también puntuaron la valencia de cada recuerdo en función de la escala de 9 puntos. La fiabilidad inter-jueces osciló entre .74 a .97 para el tipo de recuerdo (específico, categorico y extendido); y entre .85 a .95 para la valencia del recuerdo (positivo y negativo).

Los índices de la tarea de memoria autobiográfica fueron los siguientes:

- **Proporción de recuerdos autobiográficos específicos:** Número total de recuerdos autobiográficos específicos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos extendidos:** Número total de recuerdos autobiográficos extendidos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos categoricos:** Número total de recuerdos autobiográficos categoricos dividido por el número total de recuerdos.

- **Proporción de recuerdos autobiográficos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos negativos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos específicos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos específicos negativos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos extendidos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos extendidos negativos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos categóricos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos categóricos negativos dividido por el número total de recuerdos.

Para el cálculo de estos índices se utilizaron los cuatro primeros recuerdos, ya que el 22% de la muestra omitió el quinto recuerdo. De este modo, los datos referidos al quinto recuerdo fueron omitidos en el cálculo de los índices en este estudio, favoreciendo la obtención de éstos en aquellas condiciones (i.e., primeros cuatro recuerdos) en las que todos los participantes proporcionaron información completa de recuerdos autobiográficos.

Además, también se calcularon los mismos índices utilizando sólo el primer recuerdo. Varios de los estudios que han evaluado la positividad de la memoria autobiográfica y su relación con mecanismos de regulación emocional mediante la metodología de los cinco recuerdos, han llevado también a cabo el análisis del primer recuerdo evocado, ya que se ha sugerido que los efectos del estado de ánimo sobre el recuerdo se producen de manera más evidente con el primer recuerdo (Parrot y Sabini, 1990; Setliff y Marmuek, 2002; Smith y Petty, 1995). De esta manera, en nuestro

estudio incluimos también el análisis del primer recuerdo autobiográfico para evaluar el patrón de especificidad de recuerdo autobiográfico en los participantes.

5.5. Procedimiento

La sesión de laboratorio se realizó de manera individual. En primer lugar los participantes completaron un consentimiento informado. Posteriormente realizaron la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T1). Luego se dio paso a las tareas experimentales. En primer lugar, los participantes realizaron la tarea de palabras desordenadas. A continuación se realizó la tarea de codificación auto-referente, y posteriormente se les presentó la tarea de recuerdo incidental. Primero la tarea de recuerdo libre, y a continuación la tarea de reconocimiento. Una vez completadas estas tareas, los participantes rellenaron nuevamente la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T2) y realizaron la tarea de memoria autobiográfica. Por último, rellenaron el paquete de cuestionarios: sintomatología depresiva (BDI), sintomatología ansiosa (BAI), estilo rumiativo (RRS), supresión de pensamientos (WBSI), y cuestionarios de eventos estresantes (CEE). La sesión experimental duró aproximadamente 1,5 horas.

5.6. Resultados

5.6.1. Características demográficas y psicológicas de la muestra

Respecto a las características demográficas no se encontraron diferencias significativas en las variables género y edad (véase la tabla 2).

Respecto a las características clínicas y psicológicas se encontraron diferencias significativas en las variables de sintomatología depresiva (BDI), esquemas negativos latentes (TPD), supresión de pensamientos (WBSI), estilo rumiativo (RRS), y en el

componente desadaptativo de la rumiación, *brooding*, pero no el componente adaptativo, *reflection*. Además, también se encontraron diferencias en los índices de eventos estresantes (CEE), como el número total de eventos, y el malestar emocional.

Variables	HD (n=31)		ND (n=42)		χ^2	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	d.t.	M	d.t.			
Género (%)					.91		<i>n.s</i>
Mujeres		77.4%		78.6%			
Hombres		22.6%		21.4%			
Edad	21.68	1.53	22.31	2.35		-1.30	<i>n.s</i>
BDI-II	6.52	4.20	4.67	3.54		2.08	.045
BAI	8.90	8.47	6.02	4.09		1.75	.088
EA alegre T1	22.29	8.22	24.67	7.61		-1.27	<i>n.s.</i>
EA triste T1	7.90	7.91	4.38	5.71		2.11	.040
EA alegre T2	21.90	9.17	2.19	24.17		-.109	<i>n.s.</i>
EA triste T2	4.48	5.23	2.19	3.85		2.16	.034
TPD	.22	.26	.10	.14		2.17	.036
RRS	41.23	10.66	33.69	8.62		3.39	.001
<i>Reflection</i>	8.87	2.40	8.40	2.93		.72	<i>n.s.</i>
<i>Brooding</i>	10.23	3.69	7.62	2.36		3.67	.001
WBSI	32.81	8.34	27.57	8.10		2.65	.009
CEE Total Exp.	14.58	4.13	8.71	3.93		6.18	.001
CEE nº Veces	50.19	29.22	24.21	15.53		4.50	.001
CEE Malestar Emoc.	3.25	.76	2.86	.87		2.01	.048
CEE Dur. Malestar	2.19	.68	1.72	.64		2.98	.004

HD= Historia de depresión; ND= Nunca deprimidos; M= media; d.t.= desviación típica; BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo 1; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; RRS= escala de respuestas rumiativas; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE Total Exp.= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE nº Veces= número de veces eventos; CEE Malestar Emoc.= malestar emocional; CEE Malestar Emoc.= duración del malestar emocional.

Tabla 2. Características demográficas y psicológicas de la muestra.

5.6.2. Diferencias en los índices de codificación auto-referente, recuerdo y reconocimiento

1. Índices de codificación auto-referente

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de adjetivos auto-asignados se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) 2 (Grupo: Historia de Depresión, Nunca Deprimidos), x 3 (Categoría Emocional: Positivo, Depresivo, Neutro), introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 3 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

La sintomatología depresiva estuvo significativamente relacionada con el factor Categoría Emocional ($F(2, 68)=5.342, p<.01, \eta^2=.136$). Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2, 68)=149.80, p<.01, \eta^2=.81$). Comparaciones por pares con ajuste del intervalo de confianza por Bonferroni mostraron que los participantes del estudio se auto-asignaron una mayor proporción de palabras positivas que negativas y neutras ($p<.001$ en ambos casos), y una mayor proporción de palabras neutras que negativas ($p<.001$).

Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2, 68)=3.94, p<.05, \eta^2=.10$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes del grupo HD y del grupo ND se auto-asignaron una mayor proporción de material positivo que negativo y neutro ($p<.001$).

En cuanto a las diferencias entre grupos, los participantes del grupo HD se auto-asignaron una mayor proporción de palabras negativas y una menor proporción de palabras positivas que los participantes del grupo ND ($p<.01$ y $p<.05$, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en la auto-asignación de palabras neutras (véase la figura 4).

Categoría	HD (n=31)		ND (n=42)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de palabras auto-asignadas				
Positivas	.65	.16	.77	.11
Negativas	.09	.13	.01	.04
Neutras	.25	.07	.21	.09
Tiempo de reacción (ms)				
Positivas	891.32	157.03	804.87	131.39
Negativas	962.60	182.18	859.33	142.78
Neutras	921.07	98.74	864.90	125.33
Proporción de palabras auto-asignadas y recordadas				
Positivas	.59	.24	.71	.15
Negativas	.13	.22	.02	.05
Neutras	.27	.14	.26	.14
Proporción de palabras auto-asignadas y reconocidas				
Positivas	.62	.21	.76	.12
Negativas	.12	.18	.02	.08
Neutras	.24	.13	.21	.09

HD= Historia de depresión; ND= Nunca deprimidos; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 3. Índices en la tarea de codificación auto-referente y recuerdo incidental (SRIRT) en cada grupo.

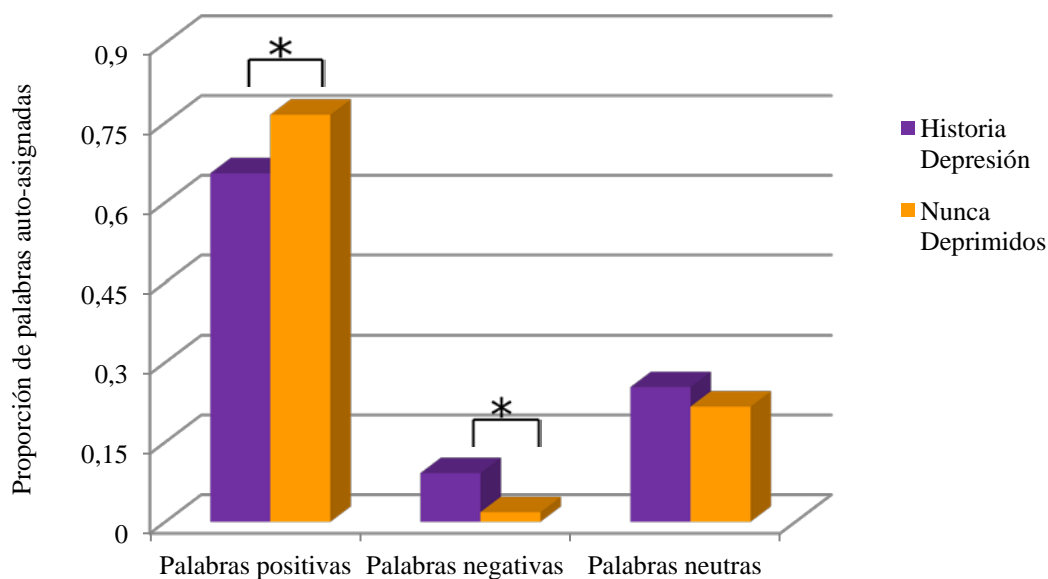


Figura 4. Proporción de palabras auto-asignadas por Categoría Emocional.

2. Tiempos de reacción en la auto-asignación de adjetivos

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a los tiempos de reacción en la auto-asignación de adjetivos positivos, negativos y neutros se realizó un ANCOVA 2 (Grupo) x 3 (Categoría Emocional), introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 3 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

La sintomatología depresiva estuvo significativamente relacionada con el factor Categoría Emocional ($F(2,68)=9.791$, $p<.001$, $\eta^2=.12$). Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Grupo fue significativo ($F(1, 69)=4.61$, $p<.05$, $\eta^2=.06$), así como el factor Categoría Emocional ($F(2, 68)=10.19$, $p<.001$, $\eta^2=.23$). Respecto al factor Grupo, los participantes del grupo HD mostraron mayores tiempos de reacción en las decisiones de si los adjetivos les auto-describían o no, en comparación a los participantes del grupo control ($p<.001$). Respecto al factor Categoría Emocional, de manera general, los participantes del estudio mostraron un menor tiempo de reacción en la auto-asignación de adjetivos positivos que en la auto-asignación de adjetivos

negativos y neutros ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias significativas en los tiempos de reacción entre adjetivos negativos y neutros. Por otro lado, la interacción Grupo x Categoría Emocional no fue significativo ($F(2, 68)=1.40$, $n.s$) (véase la figura 5).

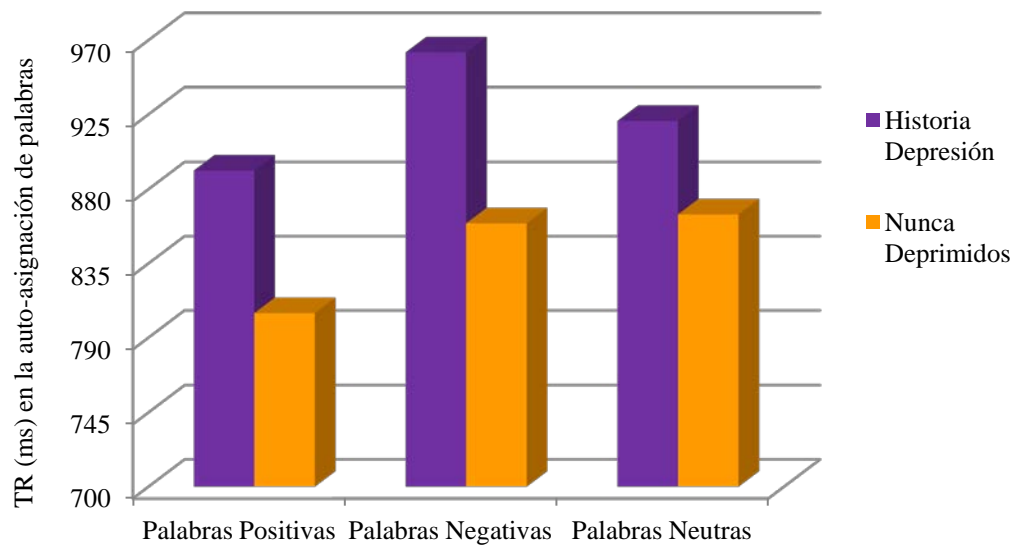


Figura 5. Tiempo de reacción (ms) en la auto-asignación de palabras por Categoría Emocional.

3. Índices de recuerdo de adjetivos auto-referentes

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de recuerdo de adjetivos auto-referentes se realizó un ANCOVA 2 (Grupo), x 3 (Categoría Emocional), introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 3 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2, 68)=48.71$, $p<.001$, $\eta^2=.59$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes del estudio mostraron una mayor proporción de recuerdo de palabras positivas auto-referentes que negativas y neutras ($p<.001$, en ambos casos), y una

mayor proporción de recuerdo de palabras neutras auto-referentes que negativas ($p<.001$).

Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2, 68)=3.99$, $p<.05$, $\eta^2=.11$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes con HD y ND, recordaron una mayor proporción de palabras positivas auto-referentes que negativas ($p<.001$, en ambos casos).

En cuanto a las diferencias entre grupos, los participantes con HD recordaron una mayor proporción de palabras negativas auto-referentes, y una menor proporción de palabras positivas auto-referentes en comparación con los participantes ND ($p<.05$ y $p<.01$, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en el recuerdo de palabras neutras auto-referentes entre ambos grupos (véase la figura 6).

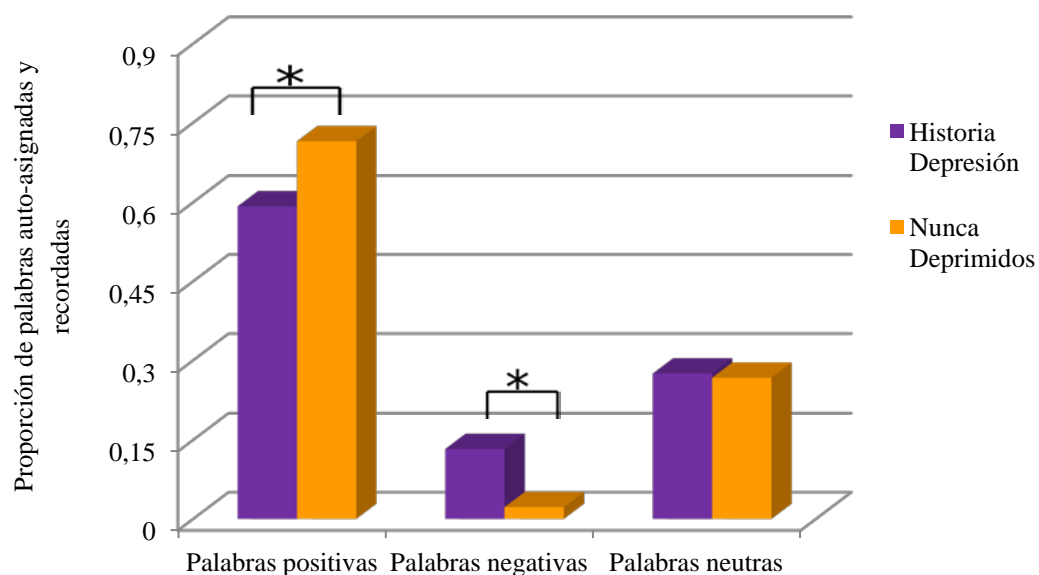


Figura 6. Proporción de palabras auto-asignadas y recordadas por Categoría Emocional.

4. Índices de reconocimiento de adjetivos auto-referentes

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de reconocimiento de adjetivos auto-referentes se realizó un ANCOVA 2 (Grupo), x 3 (Categoría Emocional), introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 3 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

La sintomatología depresiva estuvo significativamente relacionada con el factor Categoría Emocional ($F(2, 68)=5.025, p<.01, \eta^2=.129$). Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2, 68)=81.27, p<.001, \eta^2=.70$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes del estudio reconocieron una mayor proporción de palabras positivas auto-referentes que negativas y neutras ($p<.001$ en ambos casos), y una mayor proporción de palabras neutras auto-referentes que negativas ($p<.001$).

Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2,68)=4.13, p<.05, \eta^2=.11$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes con HD y ND, reconocieron una mayor proporción de palabras positivas auto-referentes que negativas ($p<.001$, en ambos casos).

En cuanto a las diferencias entre grupos, los participantes con HD reconocieron una mayor proporción de palabras negativas auto-referentes y una menor proporción de palabras positivas auto-referentes que los participantes ND ($p<.05$ y $p<.01$, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en el reconocimiento de palabras neutras auto-referentes entre ambos grupos (véase la figura 7).

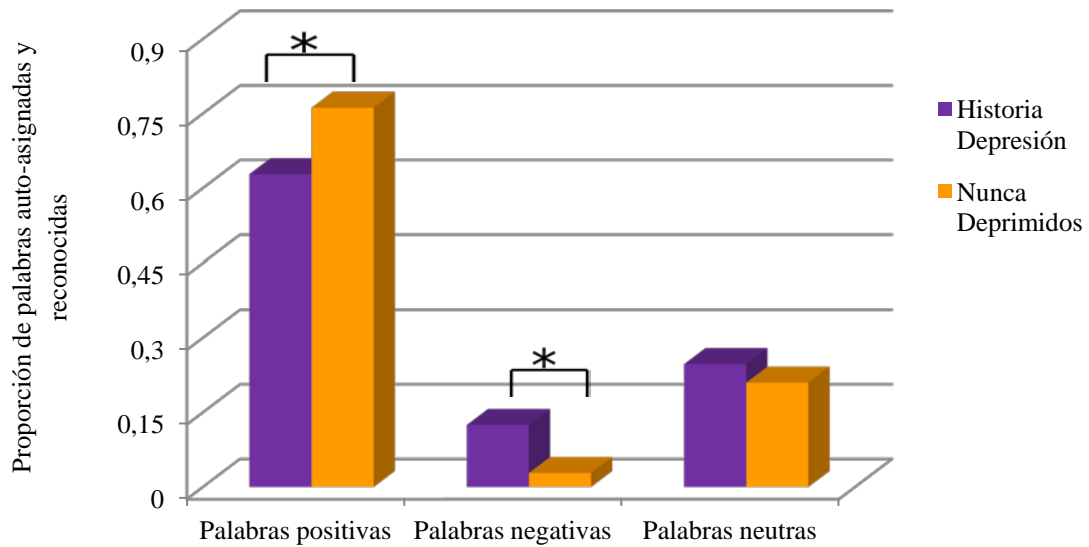


Figura 7. Proporción de palabras auto-asignadas y reconocidas por Categoría Emocional.

5.6.3. Diferencias en los índices de recuerdo autobiográfico

1. Índices referidos a los cuatro primeros recuerdos

Para analizar las diferencias entre grupos en los índices de memoria autobiográfica se realizó un ANCOVA 2 (Grupo: Historia Depresión, Nunca Deprimidos), x 3 (Tipo de Recuerdo: Específico, Extendido, Categórico) x 2 (Categoría Emocional: Positivo, Negativo) introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 4 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Tipo de Recuerdo fue significativo ($F(2, 68)=98.33, p<.001, \eta^2=.74$). Comparaciones por pares con ajuste del intervalo de confianza por Bonferroni mostraron que los participantes del estudio recordaron una mayor proporción de recuerdos específicos que extendidos y categóricos ($p<.001$, en ambos casos), y una mayor proporción de recuerdos extendidos que categóricos ($p<.05$).

Por otro lado, la interacción Grupo x Tipo de Recuerdo x Categoría Emocional no fue significativa ($F(2, 68)=1.27, n.s.$). Sin embargo, sí se produjo un efecto significativo para la interacción Grupo x Categoría Emocional ($F(1,69)=4.46, p<.05, \eta^2=.07$). Se observó que los participantes con HD y ND mostraron la misma proporción de recuerdos autobiográficos positivos que negativos. Sin embargo, los participantes con HD recordaron una mayor proporción de eventos negativos, así como una menor proporción de eventos positivos que los participantes ND ($p<.05$, en ambos casos) (véase la figura 8).

Categoría	HD (n=31)		ND (n=42)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de recuerdo autobiográfico específico				
Positivo	.24	.28	.32	.28
Negativo	.44	.29	.32	.26
Proporción de recuerdo autobiográfico extendido				
Positivo	.16	.17	.26	.27
Negativo	.12	.19	.08	.16
Proporción de recuerdo autobiográfico categórico				
Positivo	.00	.00	.00	.00
Negativo	.04	.15	.01	.05

HD= Historia de depresión; ND= Nunca deprimidos; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 4. Índices de memoria autobiográfica referidos a los cuatro primeros recuerdos en cada grupo.

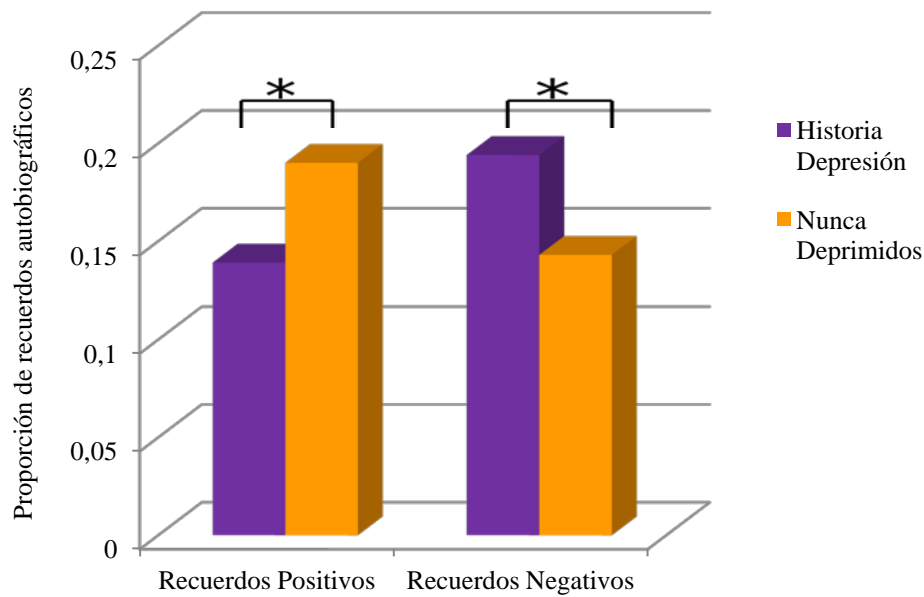


Figura 8. Proporción de recuerdos autobiográficos por Categoría emocional.

2. Índices referidos al primer recuerdo

Se realizó un ANCOVA 2 (Grupo: Historia depresión, Nunca Deprimidos), x 3 (Tipo de Recuerdo: Específico, Extendido, Categórico) x 2 (Categoría Emocional: Positivo, Negativo) introduciendo como covariables las medidas de sintomatología depresiva y ansiosa. En la tabla 5 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

Tras controlar el efecto de las covariables, el factor Tipo de Recuerdo fue significativo $F(2, 66)=35.71, p<.001, \eta^2=.35$). Este efecto nuevamente se explicó por una pauta de recuerdos en la cual los participantes del estudio recordaron una mayor proporción de recuerdos específicos como primer recuerdo que extendidos ($p<.05$) y categóricos ($p<.001$), así como una mayor proporción de recuerdos extendidos que categóricos ($p<.001$).

En este caso, el factor de interacción Grupo x Tipo de Recuerdo x Categoría Emocional fue significativo ($F(2, 65)=5.52, p<.01, \eta^2=.15$). Las comparaciones por

pares mostraron que los participantes con HD recordaron una mayor proporción de eventos específicos negativos que positivos ($p<.01$).

En cuanto a diferencias entre grupos, los participantes con HD mostraron una mayor proporción de recuerdo específico negativo, y una menor proporción de recuerdo específico positivo en el primer recuerdo que los participantes ND ($p<.01$, en ambos casos). No se encontraron diferencias entre grupos respecto a los recuerdos categóricos y extendidos positivos y negativos (véase la figura 9).

Categoría	HD (n=31)		ND (n=42)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de recuerdo autobiográfico específico				
Positivo	.14	.35	.39	.49
Negativo	.59	.50	.22	.42
Proporción de recuerdo autobiográfico extendido				
Positivo	.10	.31	.24	.43
Negativo	.17	.38	.15	.36
Proporción de recuerdo autobiográfico categórico				
Positivo	.00	.00	.00	.00
Negativo	.00	.00	.00	.00

HD= Historia de depresión; ND= Nunca deprimidos; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 5. Índices de memoria autobiográfica referidos al primer recuerdo en cada grupo.

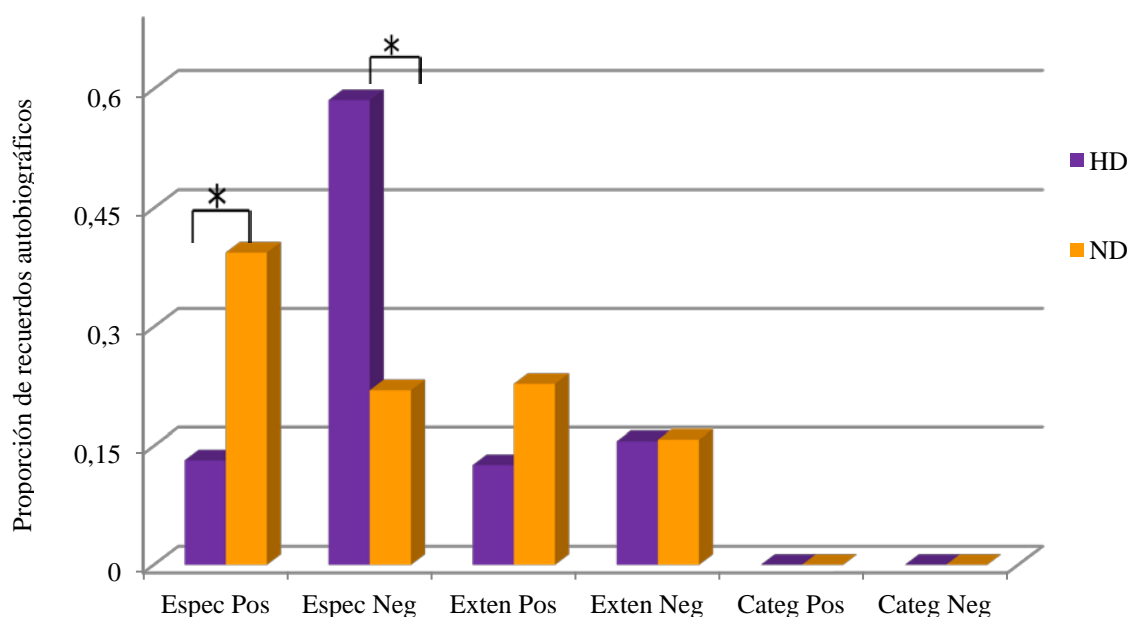


Figura 9. Proporción de recuerdo por Tipo y Categoría Emocional.

5.6.4. Relaciones entre las variables del estudio

En la Tabla 6 se presentan los resultados de los análisis de correlaciones bivariadas. La sintomatología depresiva (BDI) y ansiosa (BAI) correlacionaron positivamente con el estilo rumiativo total (RRS). Además el BDI también se asoció con los esquemas negativos latentes (TPD). Este último también se asoció con el componente *brooding* de la rumiación y el total de eventos experimentados (CEE).

El estilo rumiativo total correlacionó fuertemente con la supresión de pensamientos (WBSI) ($r=.58$, $p<.001$). Ambas variables correlacionaron también con el total de eventos.

Posteriores análisis de correlaciones parciales, controlando el BDI y el BAI, mostraron que el estilo rumiativo total continuó correlacionando con la supresión de pensamientos ($r=.56$, $p<.001$), y con el total de eventos (véase la tabla 7).

	BDI-II	BAI	EA alegre	EA triste	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Veces	CEE MalEmo	CEE DurMal
BDI-II	1												
BAI	.415***	1											
EA alegre	-.265*	-.208	1										
EA triste	.250*	.222	-.338**	1									
TPD	.318**	.117	-.349**	.194	1								
RRS	.418***	.305**	-.271*	.189	.229	1							
<i>Brooding</i>	.481***	.352**	-.299*	.201	.266*	.852***	1						
<i>Reflection</i>	.209	.142	-.124	.054	.126	.711***	.423***	1					
WBSI	.174	.225	-.001	-.032	.068	.580***	.545***	.369**	1				
CEE TotEven	.305**	.279*	-.157	.217	.232*	.423***	.400***	.324**	.253*	1			
CEE n°Veces	.173	.480***	-.166	.249*	.226	.228	.263*	.126	.216	.669***	1		
CEE MalEmo	.140	.332**	-.033	.132	.014	.094	.143	-.026	.191	.136	.251*	1	
CEE DurMal	.205	.277*	-.271*	.295*	.106	.141	.190	.014	.131	.160	.381**	.477***	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck II; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre= Estado de ánimo alegre; EA triste= Estado de ánimo triste; TPD= tarea de palabras desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos, CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 6. Correlaciones entre variables del estudio.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre	EA triste	TPD	RRS	Brooding	Reflection	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Veces	CEE MalEm	CEE DurMal
EA alegre	1										
EA triste	-.281*	1									
TPD	-.293*	.129	1								
RRS	-.168	.076	.116	1							
Brooding	-.186	.071	.142	.812***	1						
Reflection	-.067	.007	.065	.702***	.372**	1					
WBSI	.068	-.104	.016	.556***	.519***	.341**	1				
CEE TotEven	-.065	.132	.155	.322**	.280*	.274*	.189	1			
CEE n°Veces	-.185	.175	.215	.115	.138	.073	.130	.658***	1		
CEE MalEmo	.040	.064	-.029	-.009	.031	-.080	.127	.048	.110	1	
CEE DurMal	-.212	.235*	.049	.029	.068	-.045	.064	.070	.300*	.427***	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck II; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre= Estado de ánimo alegre; EA triste= Estado de ánimo triste; TPD= tarea de palabras desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotExp= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 7. Correlaciones entre variables del estudio controlando BDI-II y BAI.

5.6.5. Relaciones entre índices de recuerdo auto-referente y autobiográfico

En la tabla 8 se presentan las correlaciones entre los índices de la tarea SRIRT y los índices de la tarea de memoria autobiográfica para los que se encontraron diferencias entre grupos (i.e., proporción total de recuerdos autobiográficos negativos con los cuatro primeros recuerdos, y proporción de recuerdos autobiográficos específicos positivos y negativos con el primer recuerdo)².

La proporción de palabras auto-asignadas positivas correlacionó positivamente con el recuerdo y con el reconocimiento de material positivo y negativamente con el recuerdo y con el reconocimiento de material negativo. La proporción de palabras negativas auto-asignadas mostró la misma pauta de correlaciones pero en dirección inversa.

La proporción de recuerdo de palabras positivas y de palabras negativas correlacionó con la proporción de reconocimiento de palabras positivas y de negativas.

Además, todos estos índices de auto-asignación, recuerdo y reconocimiento de material auto-referente (a excepción del reconocimiento positivo) correlacionaron con la proporción de recuerdo autobiográfico negativo. Esta última también correlacionó con la proporción de recuerdo específico positivo y de negativo en el primer recuerdo.

² Esta selección de índices se realizó para sintetizar los análisis de correlaciones a aquellas variables de interés en las que se encontraron diferencias entre grupos. Esta selección de variables de recuerdo autobiográfico se utilizará a continuación en los siguientes apartados de análisis de relaciones entre variables e índices de memoria.

	Asign Pos	Asign Dep	Asign Neu	Rec Pos	Rec Dep	Rec Neu	Recon Pos	Recon Dep	Recon Neu	Rec Autob Neg 4 rec	Rec Esp Pos 1 rec	Rec Esp Neg 1 rec
Asign Pos	1											
Asign Dep	-.827***	1										
Asign Neu	-.727***	.216	1									
Rec Pos	.587***	-.535***	-.364**	1								
Rec Dep	-.544**	.588***	.226	-.713***	1							
Rec Neu	-.201	.087	.243*	-.598***	-.127	1						
Recon pos	.689***	-.718***	-.321**	.532***	-.539***	-.155	1					
Recon dep	-.674***	.855***	.126	-.510***	.611***	.024	-.775***	1				
Recon Neu	-.239*	.055	.348**	-.198	.081	.215	-.602***	-.038	1			
Rec Autob Neg 4 rec	-.295*	.399**	.025	-.390**	.426***	.072	-.218	.385**	-.142	1		
Rec Esp Pos 1 rec	.079	-.119	.004	.226	-.192	-.116	.130	-.121	-.058	-.486***	1	
Rec Esp Neg 1 rec	-.039	.104	-.055	-.212	.260*	.034	-.143	.086	.120	.346**	-.452***	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Neg= Proporción palabras negativas auto-asignadas; Asign Neu= Proporción palabras neutras auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo de palabras positivas auto-referentes; Rec Neg= Proporción recuerdo de palabras negativas auto-referentes, Rec Neu= Proporción recuerdo de palabras neutras auto-referentes; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-referentes, Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes, Recon Neu= Proporción de recuerdo palabras neutras auto-referentes; Rec Autob Neg 4 rec= Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cuatro primeros recuerdos; Rec Esp Pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo Rec Esp Neg 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 8. Correlaciones entre los índices de codificación y memoria auto-referente y memoria autobiográfica.

5.6.6. Relaciones entre variables e índices de codificación, recuerdo y reconocimiento auto-referente

1. Índices de codificación auto-referente

Proporción de palabras positivas y negativas auto-referentes

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 9). La auto-asignación de palabras positivas y negativas correlacionó de manera significativa con los esquemas negativos latentes ($r=-.42$, $p<.001$ y $r=.48$, $p<.001$, respectivamente), y con el nº de eventos estresantes, y la duración del malestar emocional del CEE.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 10 y 11). Para el grupo con HD la auto-asignación de palabras positivas y negativas correlacionó con los esquemas negativos latentes ($r=-.42$, $p<.05$ y $r=.54$, $p<.01$, respectivamente). Además, la auto-asignación de palabras negativas correlacionó con el nº de eventos estresantes y con la duración del malestar emocional. Estas relaciones no fueron observadas para el grupo ND.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Asign Pos	.212	-.288*	-.423**	-.126	-.062	-.181	.136	-.191	-.233*	-.068	-.299*
Asign Dep	-.271*	.378**	.477**	.151	.087	.179	-.003	.173	.281*	.119	.316**
Asign Neu	-.046	.051	.162	.039	.004	.097	-.217	.119	.068	-.021	.137
Rec Pos	.270*	-.309*	-.221	.151	.184	.096	.298*	-.184	-.165	.027	-.165
Rec Dep	-.292*	.254*	.359**	.035	-.058	.059	-.069	.266*	.245*	.093	.282*
Rec Neu	-.066	.147	-.082	-.257*	-.190	-.213	-.321**	-.049	-.049	-.149	-.087
Recon pos	.310**	-.278*	-.365**	.043	-.016	.019	.014	-.209	-.273*	-.014	-.198
Recon dep	-.316**	.320**	.405***	.156	.145	.122	.069	.049	.160	-.008	.221
Recon Neu	-.087	.034	.064	-.244	-.145	-.171	-.102	.250*	.215	.031	.032

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Neg= Proporción palabras negativas auto-referentes; Asign Neu= Proporción palabras neutras auto-referentes; Rec Pos= Proporción recuerdo palabras positivas auto-referentes; Rec Neg= Proporción recuerdo palabras negativas auto-referentes, Rec Neu= Proporción recuerdo palabras neutras auto-referentes; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-referentes, Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes, Recon Neu= Proporción reconocimiento palabras neutras auto-referentes.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo1; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 9. Correlaciones parciales entre variables e índices de la SRIRT controlando BDI-II y BAI para la muestra total.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Asign Pos	.309	-.332*	-.422**	.077	.073	.082	.357	-.029	-.231	-.113	-.358
Asign Dep	-.399*	.442**	.541**	-.014	-.027	.038	-.210	.067	.383*	.231	.412**
Asign Neu	-.026	-.050	-.029	-.129	-.100	-.222	-.369*	-.048	-.154	-.145	.050
Rec Pos	.253	-.345	-.249	.223	.260	.210	.641***	-.184	-.183	.090	-.041
Rec Dep	-.396*	.267	.395**	-.173	-.265	-.053	-.370*	.166	.169	.050	.286
Rec Neu	.217	.149	-.222	-.257*	-.177	-.269	-.480**	.041	.034	-.234	-.396*
Recon pos	.298	-.256	-.346	.253	.190	.274	.241	.142	-.324	-.081	-.215
Recon dep	-.398*	.281	.537***	-.075	-.019	-.092	-.242	-.176	.231	-.125	.173
Recon Neu	.068	.015	-.171	-.202	-.242	-.271	-.042	.231*	-.215	.031	.0089

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Neg= Proporción palabras negativas auto-asignadas; Asign Neu= Proporción palabras neutras auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo palabras positivas auto-referentes; Rec Neg= Proporción recuerdo palabras negativas auto-referentes, Rec Neu= Proporción recuerdo palabras neutras auto-referentes; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-referentes, Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes, Recon Neu= Proporción reconocimiento palabras neutras auto-referentes.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre= estado de ánimo alegre; EA triste= estado de ánimo triste; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 10. Correlaciones parciales entre variables e índices de la SRIRT controlando BDI-II y BAI en el grupo con HD.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Asign Pos	.165	-.191	-.208	-.265	-.073	-.225	.117	-.106	.032	-.017	-.176
Asign Dep	-.209	.317*	.001	.298	.167	.265	.151	.122	-.129	.026	.192
Asign Neu	-.085	.059	.251	.104	-.002	.261	-.222	.062	.031	.007	.108
Rec Pos	.325*	-.202	.067	.118	.138	.030	.114	.044	.136	.021	-.205
Rec Dep	-.197	.139	-.087	.222	.218	.232	.243	.144	.088	.122	.229
Rec Neu	-.304	.163	-.017	-.247	-.212	-.247	-.212	-.098	-.175	-.074	.122
Recon pos	.431**	-.302	-.087	-.144	-.111	-.156	-.041	-.383*	-.010	-.072	-.097
Recon dep	-.313**	.421**	-.174	.208	.219	.253	.243	.046	-.193	.094	.250
Recon Neu	-.258	.001	.263	-.184	-.141	-.121	-.256	.435**	.184	.006	-.102

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Neg= Proporción palabras negativas auto-asignadas; Asign Neu= Proporción palabras neutras auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo palabras positivas auto-referentes; Rec Neg= Proporción recuerdo palabras negativas auto-referentes, Rec Neu= Proporción recuerdo palabras neutras auto-referentes; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-referentes, Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes, Recon Neu= Proporción reconocimiento palabras neutras auto-referentes.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo 1; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 11. Correlaciones parciales entre variables e índices de la SRIRT controlando BDI-II y BAI en el grupo ND.

2. Índices de recuerdo de adjetivos auto-referentes

1. Proporción de recuerdo de material negativo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 9). El recuerdo de palabras negativas auto-referentes correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes, y con el total de eventos, el nº de veces y la duración del malestar emocional del CEE.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 10 y 11). Para el grupo con HD el recuerdo de palabras negativas auto-referentes correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes, y negativamente con la supresión de pensamientos. Para el grupo ND no se encontraron correlaciones significativas.

Posteriormente se realizaron análisis de regresión por pasos, para el grupo HD, con el fin de analizar el papel predictivo de las variables relacionadas con el recuerdo de material negativo auto-referente en el grupo de participantes con historia pasada de depresión. En un primer paso se introdujeron las medidas de sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI). En un segundo paso se introdujeron los esquemas negativos latentes (TPD) y la supresión de pensamientos (WBSI). En el grupo de participantes con HD el primer paso de la ecuación explicó un 7,1% de la varianza pero no fue significativo (R corregida, $n.s$). Tras controlar la influencia de estas variables el segundo paso explicó el 24,8 % de la varianza (R corregida, $p<.05$). En este caso, sólo los esquemas negativos latentes tuvieron un poder predictivo adicional ($\beta = .39$; $p<.05$), mientras que el efecto de la supresión de pensamientos fue marginalmente significativo ($p=.058$) (véase la tabla 12).

	ΔR^2	β	p
Paso 1	.071		
BDI		.295	.156
BAI		-.150	.464
Paso 2	.248		
WBSI		-.327	.058
TPD		.394	.047*

Variable dependiente: Proporción de recuerdo de palabras negativas auto-referentes.

* $p < .05$

BAI= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; WBSI= inventario de supresión del oso blanco, TPD= tarea de palabras desordenadas.

Tabla 12. Análisis de regresión para el recuerdo de material negativo auto-referente en el grupo HD.

2. Proporción de recuerdo de material positivo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 9). El recuerdo de palabras positivas auto-referentes correlacionó positivamente con la supresión de pensamientos.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 10 y 11). Para el grupo con HD el recuerdo de palabras positivas auto-referentes correlacionó positivamente con la supresión de pensamientos. Esta relación no fue observada para el grupo ND.

Posteriormente se llevaron a cabo análisis de regresión por pasos para analizar el papel predictivo de las variables cognitivas relacionadas con el recuerdo de material positivo auto-referente en el grupo con HD. En un primer paso se introdujeron las medidas de sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI). En un segundo paso se introdujo la supresión de pensamientos (WBSI). El primer paso de la ecuación explicó

un 1,2% de la varianza pero no fue significativo (R^2 corregida, *n.s.*), Tras controlar la influencia de estas variables el segundo paso explicó el 35,5 % de la varianza (R^2 corregida, $p < .001$), de modo que la supresión de pensamientos tuvo un poder predictivo adicional ($\beta = .60$; $p < .001$) (véase la tabla 13).

	ΔR^2	β	p
Paso 1	.012		
BDI		-.180	.058
BAI		.047	.811
Paso 2	.355		
WBSI		.345	.001***

Variable dependiente: Proporción de recuerdo de palabras positivas auto-referentes.

*** $p < .001$

BAI= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; WBSI= inventario de supresión de pensamientos.

Tabla 13. Análisis de regresión para el recuerdo de material positivo auto- referente en el grupo HD.

3. Índices de reconocimiento de adjetivos auto-referentes

1. Proporción de reconocimiento de material negativo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 9). En este caso, el reconocimiento de palabras negativas correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes.

En segundo lugar se realizaron correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para cada grupo (véase las tablas 10 y 11). Para el grupo con HD el reconocimiento de palabras negativas auto-referentes correlacionó positivamente con

los esquemas negativos latentes y el nº de veces de eventos estresantes. Estas relaciones no fueron significativas en el grupo ND.

Posteriormente se llevaron a cabo análisis de predictores para analizar el papel predictivo de las variables cognitivas relacionadas con el reconocimiento de material negativo auto-referente en el grupo con HD. En un primer paso se introdujeron las medias de sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI). En un segundo paso se introdujeron los esquemas negativos latentes (TPD). En este caso, el primer paso de la ecuación explicó un 3% de la varianza (R corregida, $p < .05$), siendo la sintomatología depresiva la única variable con poder predictivo ($\beta = .53$; $p < .01$). Tras controlar la influencia de estas variables el segundo paso explicó el 21% de la varianza (R corregida, $p < .01$), de modo que los esquemas negativos latentes tuvieron un poder predictivo adicional ($\beta = .52$; $p < .01$) (véase la tabla 14).

	ΔR^2	β	p
Paso 1	.030		
BDI		.534	.006**
BAI		-.036	.844
Paso 2	.210		
TPD		.517	.002**

Variable dependiente: Proporción de reconocimiento de palabras negativas auto-referentes.

** $p < .01$

BAI= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; TPD= Tarea de palabras desordenadas.

Tabla 14. Análisis de regresión para el reconocimiento de material negativo auto-referente en el grupo con HD.

2. Proporción de reconocimiento de material positivo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 9). El reconocimiento de palabras positivas auto-referentes correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes, y con el malestar emocional del CEE.

En segundo lugar se realizaron correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI para cada grupo (véase las tablas 10 y 11). Para el grupo con HD el reconocimiento de palabras positivas correlacionó marginalmente con los esquemas negativos latentes ($r=.06$), no observándose relaciones significativas en el grupo ND.

5.6.7. Relaciones entre variables e índices de recuerdo autobiográfico en los cuatro primeros recuerdos

1. Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cuatro primeros recuerdos

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 15). El recuerdo de eventos personales negativos correlacionó con el malestar emocional y con la duración del malestar emocional del CEE.

En segundo lugar se realizaron correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 16 y 17), no encontrándose correlaciones significativas para los factores cognitivos de vulnerabilidad en ninguno de los dos grupos.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T2	EA Triste T2	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Rec Autob Neg 4 rec	.063	.310**	.174	.046	-.009	.022	-.113	.199	.222	.265*	.250*
Rec Espec Pos 1rec	-.105	-.258*	-.109	.107	.010	.174	.078	-.148	-.130	.058	-.210
Rec Espec Neg 1rec	.035	-.065	.316**	.084	.042	.087	.089	.240*	.142	-.022	-.034

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo2; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg 4 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cuatro primeros recuerdos; Rec Esp pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Esp Neg 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 15. Correlaciones parciales entre variables e índices de recuerdo autobiográfico controlando BDI-II y BAI para el total de la muestra.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T2	EA Triste T2	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Rec Autob Neg 4 rec	.091	.060	.072	-.265	-.126	-.271	-.326	.317	.066	.080	.119
Rec Espec Pos 1rec	-.062	-.191	-.053	.215	.149	.223	.373*	-.066	.036	.151	-.124
Rec Espec Neg 1rec	.026	-.239	.214	-.249	-.290	-.067	-.343	.107	.048	-.057	-.093

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg 4 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cuatro primeros recuerdos; Rec Esp pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Esp Neg 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 16. Correlaciones parciales entre variables e índices de recuerdo autobiográfico controlando BDI-II y BAI en el grupo HD.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI											
	EA alegre T2	EA Triste T2	TPD	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE TotEven	CEE n°Vec	CEE MalEmo	CEE DurMal
Rec Autob Neg 4 rec	.097	.442**	.091	.023	-.036	.091	-.036	.121	.028	.238	.259
Rec Espec Pos 1rec	-.163	-.304	-.004	.167	.114	.117	.114	.041	-.011	.091	-.176
Rec Espec Neg 1rec	.063	.100	.222	.224	.214	.172	.214	.015	-.048	-.046	-.164

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; CEE TotEven= Cuestionario de Eventos Estresantes número total de eventos; CEE n° Veces= Número de veces eventos; CEE MalEmo= Malestar emocional; CEE DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg 4 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cuatro primeros recuerdos; Rec Esp pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Esp Neg 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 17. Correlaciones parciales entre variables e índices de recuerdo autobiográfico controlando BDI-II y BAI en el grupo ND.

5.6.8. Relaciones entre variables e índices de recuerdo autobiográfico en el primer recuerdo

1. Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 15). El recuerdo de eventos personales específicos negativos correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes y con el total de eventos estresantes.

En segundo lugar se realizaron correlaciones parciales, controlando BDI y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 16 y 17), no encontrándose correlaciones significativas para los factores cognitivos de vulnerabilidad en ninguno de los dos grupos.

De este modo, la mayor presencia de esquemas negativos latentes fue un factor relacionado con un mayor recuerdo de eventos personales específicos negativos para el total de la muestra, no observándose relaciones específicas en el grupo con HD.

2. Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para el total de la muestra (véase la tabla 15), no encontrándose correlaciones significativas para los factores cognitivos de vulnerabilidad.

En segundo lugar se realizaron correlaciones parciales, controlando BDI-II y BAI, para cada grupo de participantes (véase las tablas 16 y 17). El recuerdo de eventos personales específicos positivos correlacionó positivamente con la supresión de pensamientos en el grupo HD. Esta relación no fue significativa para el grupo ND.

Posteriormente se llevaron a cabo análisis de predictores para analizar el papel predictivo de las variables cognitivas relacionadas con el recuerdo autobiográfico específico de material positivo en el grupo con HD. En un primer paso se introdujeron las medias de sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI). En un segundo paso se introdujo la supresión de pensamientos (WBSI). En este caso, el primer paso de la ecuación explicó un 0,5% de la varianza pero no fue significativo (R corregida, *n.s.*). Tras controlar la influencia de estas variables el segundo paso explicó el 13,2 % de la varianza (R corregida, $p < .01$), de modo que la supresión de pensamientos tuvo un poder predictivo adicional ($\beta = .52$; $p < .01$) (véase la tabla 18).

	ΔR^2	β	p
Paso 1	.005		
BDI		.137	.433
BAI		.001	.670
Paso 2	.132		
WBSI		.368	.049*

Variable dependiente: Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo.

** $p < .001$

BAI= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; WBSI= inventario de supresión de pensamientos.

Tabla 18. Análisis de regresión para el recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo en el grupo con HD.

5.7. Conclusiones del estudio 1

Este estudio ha mostrado resultados interesantes respecto a cómo es el funcionamiento cognitivo y mnemónico de personas que han sufrido un episodio depresivo en el pasado. En la Tabla 19 se presenta una síntesis de los resultados obtenidos para cada una de las hipótesis planteadas en el estudio, que, asimismo, pasamos a describir y comentar a continuación en los siguientes apartados.

Hipótesis	Predicción	Resultados
H1	↑ Auto-asignación de material negativo	Confirmada
	↓ Auto-asignación de material positivo	
H2	↑ Recuerdo de material negativo auto-asignado	Confirmada
	↓ Recuerdo de material positivo auto-asignado	
H3	↑ Reconocimiento de material negativo auto-asignado	Confirmada
	↓ Reconocimiento de material negativo auto-asignado	
H4	↑ Recuerdo de material negativo autobiográfico	Confirmada
	↓ Recuerdo de material positivo autobiográfico	
H5	↑ Recuerdo autobiográfico general	No confirmada
	↓ Recuerdo autobiográfico específico	
H6	Relación de los esquemas negativos latentes con el recuerdo de material negativo auto-referente.	Confirmada
H7	No relación de la rumiación, y de la supresión de pensamientos con el recuerdo de material negativo auto-referente.	Confirmada
H8	Relación de los esquemas negativos latentes con el recuerdo de material autobiográfico negativo.	Confirmada
H9	No relación de la rumiación, y de la supresión de pensamientos con el recuerdo de material autobiográfico negativo.	Confirmada

Tabla 19. Síntesis de resultados obtenidos en el estudio 1.

Funcionamiento cognitivo en personas con historia pasada de depresión

Los resultados de nuestro estudio indican que los participantes con historia pasada de depresión mostraron patrones cognitivos sesgados en comparación a personas que nunca se habían deprimido. En este sentido, los participantes con historia pasada de depresión mostraron mayores niveles de esquemas negativos latentes, una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos, y un mayor estilo de pensamiento rumiativo, factores que han mostrado a lo largo de la literatura experimental estar relacionados con la vulnerabilidad cognitiva a la depresión (p. ej.: Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse y Hogan, 1999; Just y alloy, 1997; Beevers y Meyers, 2004). De manera interesante vimos que el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos estaban fuertemente relacionados. A primera vista, la supresión de pensamientos y la rumiación sugerirían que son dos procesos opuestos (el primero se caracterizaría por intentos controlados por suprimir pensamientos negativos o molestos, mientras que el segundo haría referencia a la tendencia a “darle vueltas” a esos pensamientos negativos). No obstante, diversos estudios han mostrado la relación entre ambos constructos. Por ejemplo, el estudio que ya comentamos de Wenzlaff y Luxton (2003), mostró una mayor tendencia en suprimir pensamientos en interacción con un nivel elevado de estrés se relacionaba a largo plazo (diez semanas más tarde de la primera evaluación) con una mayor reacción rumiativa y con aumentos en la sintomatología depresiva. De hecho, varios estudios han mostrado que los intentos por evitar pensamientos negativos, cuando hay un estado de ánimo negativo o disfórico, produce el efecto contrario: Un incremento de éstos. Por tanto, nuestros resultados son consistentes con un efecto según el cual una mayor tendencia a tratar de suprimir pensamientos negativos se relaciona con una mayor tendencia a rumiar sobre ellos.

También de manera muy relevante hallamos que los participantes con y sin historia de depresión se diferenciaban en los niveles de *brooding*, pero no de *reflection*. *Brooding* haría referencia al componente desadaptativo de la rumiación, que se caracteriza por la tendencia a hacer reproches sobre uno mismo. *Reflection*, por su parte, haría referencia a la tendencia a reflexionar, que a corto plazo está relacionado con aumentos en sintomatología depresiva, pero a largo plazo actuaría como una estrategia adaptativa de regulación. Por ejemplo, Burwell y Shirk (2007) encontraron en un estudio longitudinal realizado con adolescentes sin patología que el primer componente se relacionaba con el desarrollo de sintomatología depresiva y con estrategias de afrontamiento desadaptativas ante el estrés como la evitación. Por el contrario, el segundo componente estuvo relacionado con estrategias adaptativas de solución de problemas y reestructuración cognitiva.

Consistentemente con nuestro hallazgo, Joormann y cols. (2006) también encontraron que los participantes con historia pasada de depresión mostraban un patrón diferencial respecto a participantes control en el componente *brooding*, pero no en el componente *reflection*.

Teniendo en cuenta que varios estudios han demostrado que las personas que han sufrido en el pasado un episodio depresivo son más vulnerables a experimentar más episodios en el futuro (p. ej.: Kessler, Zhao, Blazer y Swartz, 1997), podríamos pensar que esta mayor tendencia a realizar reproches sobre uno mismo, que se relacionaría con estrategias inefectivas de regulación ante situaciones negativas, podría ser un factor importante de vulnerabilidad para futuras recaídas.

En nuestros resultados también observamos que los pacientes con historia pasada de depresión informaron de haber sufrido en el último año una mayor frecuencia de eventos estresantes, y con un mayor malestar emocional. Esto es consistente con la

literatura previa la cual ha mostrado que las personas que han sufrido episodios depresivos son más propensas a haber experimentado eventos de vida negativos o estresantes (ver revisiones en Brewin y cols., 1993, Hammen, 2005). De hecho, también comentamos en la introducción que personas que han sufrido episodios depresivos previos están más sensibilizados a la aparición de sucesos estresantes (p. ej.: Lewinsohn y cols., 1999). Por tanto, este patrón cognitivo negativo, caracterizado por elevados niveles de esquemas negativos latentes, supresión de pensamientos negativos, y tendencia a hacer reproches sobre uno mismo, en interacción con un elevado número de sucesos estresantes, podría conferir vulnerabilidad a desarrollar episodios depresivos en el futuro.

Funcionamiento mnemónico en personas con historia pasada de depresión

Recuerdo de información auto-referente y autobiográfica

Respecto al recuerdo de información auto-referente y autobiográfica nuestros resultados confirman que las personas que han sufrido un episodio depresivo en el pasado muestran un procesamiento negativo de ambos tipos de información.

Según nuestros resultados, a pesar de que las personas con historia pasada de depresión parecen mostrar un procesamiento superior de información positiva que negativa (pues se auto-adscriben una mayor cantidad de palabras positivas que negativas), se observa que se auto-asignan un menor número de palabras positivas, así como un mayor número de palabras negativas que los participantes sin historia previa (H1). Por tanto, estos resultados sugieren que, a pesar de que el episodio depresivo ha remitido, su procesamiento de la información continúa negativamente sesgado en comparación a personas que nunca se han deprimido.

La mayoría de estudios que han evaluado este tipo de muestras ha hallado que este procesamiento sesgado se produce bajo procedimientos de activación de esquemas negativos latentes, como la inducción de estado de ánimo negativo (ver revisión en Scher y cols, 2005). No obstante algunos estudios sí han hallado un procesamiento de la información sesgado sin necesidad de dicha activación de esquemas. Por ejemplo, Teasdale y Dent (1987) encontraron que mujeres con historia pasada de depresión se auto-asignaron un mayor número de palabras negativas en comparación con mujeres sin historia de depresión. Dobson y Shaw (1987) encontraron que personas con historia pasada se auto-asignaron un menor número de palabras positivas que personas sin historia previa. De manera similar Alloy y cols. (1997) encontraron el mismo patrón que Dobson y Sahaw en una muestra de participantes con elevado riesgo cognitivo a deprimirse (puntuaciones elevadas en actitudes disfuncionales y estilo inferencial depresógeno). En nuestro estudio hemos encontrado que tanto el procesamiento de información negativa como positiva se encontraba sesgado en los participantes con historia de depresión.

En cuanto a las tareas de recuperación de información, hallamos que los participantes con historia pasada de depresión mostraron un recuerdo superior para información positiva auto-asignada que negativa. Esto es consistente con el modelo de memoria congruente con el estado de ánimo que ya revisamos en la introducción (p. ej.: Matt y cols., 1992). No obstante, estos participantes mostraron un recuerdo y reconocimiento superior para información negativa, y un recuerdo y un reconocimiento inferior para información positiva que los participantes sin historia pasada de depresión (H2 y H3). Estos resultados sugerirían que no es necesaria la activación de esquemas negativos latentes para observar sesgos cognitivos en personas con historia de depresión. Algunos estudios realizados con personas con alto riesgo cognitivo y con

historia de depresión han mostrado resultados consistentes con esta idea. Por ejemplo, Joormann y Gotlib (2007) encontraron que las personas con historia pasada de depresión mostraban sesgos atencionales de enganche a expresiones de tristeza. Por otro lado, Alloy, y cols. (1997) encontraron que personas con alto riesgo cognitivo recordaban una menor cantidad de material positivo auto-referente que personas con bajo riesgo cognitivo.

La aparición de sesgos en el recuerdo por parte de personas previamente deprimidas también fue demostrada a través de material autobiográfico (H4): Las personas con historia pasada de depresión mostraron un recuerdo inferior de eventos positivos, y un recuerdo superior de eventos negativos que los participantes sin historia previa.

A nuestro conocimiento no hay estudios hasta la fecha que hayan evaluado este tipo procesamiento mediante tareas de memoria autobiográfica en participantes con historia de depresión, llevándose a cabo los estudios con muestras de participantes deprimidos, disfóricos o eutímicos bajo inducción de estado de ánimo negativo (ver revisión en Williams y cols., 2007). Además, en algunos de estos estudios se ha evaluado la accesibilidad a recuerdos positivos y negativos mediante la medida de los tiempos de reacción en la evocación de recuerdos en respuesta a palabras clave, hallándose una gran inconsistencia entre los diferentes estudios (ver también en la revisión de Williams y cols.). En nuestro estudio utilizamos una tarea de recuerdo libre, en la que los participantes tenían que escribir los cinco primeros recuerdos que les vinieran a la cabeza. Otros estudios que han utilizado este tipo de metodologías de recuerdo libre en muestras de participantes disfóricos, o eutímicos con inducción de estado de ánimo negativo, han hallado resultados más consistentes a la hora de evaluar

el recuerdo autobiográfico congruente con el estado de ánimo (p. ej.: Lyubomirsky y cols. 1997).

Por lo tanto, nuestros resultados sugieren que el procesamiento mnemónico de personas con historia pasada de depresión se encuentra negativamente sesgado en comparación con personas sin historia pasada, y que no es necesaria la activación de esquemas para observar dichos sesgos. Este procesamiento sesgado se produciría tanto para información auto-referente como para información autobiográfica.

En relación con esto, en nuestros análisis hallamos que el recuerdo y el reconocimiento de información auto-referente estaban relacionados con el recuerdo de eventos personales. Esto sugeriría que una mayor accesibilidad a información auto-referente negativa podría relacionarse también con una mayor accesibilidad a información negativa en los sistemas de memoria episódica. Por tanto, nuestros resultados apuntan a una interconexión entre los sistemas de procesamiento auto-referente y de evocación de información episódica, la cual podría jugar un papel importante en la accesibilidad a información emocional en los diferentes sistemas de memoria de personas vulnerables a deprimirse. De hecho, modelos neuropsicológicos de vulnerabilidad cognitiva a la depresión han propuesto recientemente que determinadas estructuras cerebrales (i.e., córtex prefrontal medial) implicadas en la formación de representaciones internas del *self* serían también las responsables de la rumiación (Disner y cols., 2011). De esta manera, un mayor procesamiento de información negativa respecto al *self* podría activar también pensamientos o recuerdos negativos, en forma de rumiaciones acerca de información sobre uno mismo, tanto auto-referente como autobiográfica.

Recuerdo autobiográfico sobregeneralizado

Respecto al patrón sobregeneralizado del recuerdo autobiográfico esperábamos encontrar que los participantes con historia pasada de depresión mostraran una mayor proporción de recuerdos generales, sí como una menor proporción de recuerdos específicos en comparación a los participantes sin historia (H5). Este patrón, sin embargo, no fue observado.

La literatura empírica ha mostrado de manera consistente que las personas actualmente deprimidas tendrían un recuerdo más general-categorico y/o menos específico que las personas no deprimidas (ver revisión en Williams y cols., 2007). Sin embargo, la literatura realizada con participantes recuperados del episodio depresivo es inconsistente: Algunos estudios han encontrado que una vez que el episodio depresivo remite el patrón sobregeneralizado del recuerdo se mantiene estable (p. ej.: Mackinger, Pachinger, y cols., 2000; Spinhoven y cols., 2006), mientras en que otros estudios no se han encontrado este tipo de evidencias (Barnhofer y cols., 2007; Spinhoven y cols., 2007). Por lo tanto, nuestros resultados darían apoyo a estos últimos estudios.

También hay que tener en cuenta que la metodología utilizada en nuestro estudio (recuerdo libre) es diferente a la utilizada en estudios previos con participantes con historia pasada de depresión (respuesta a la presentación de palabras clave). Sin embargo, los estudios que han utilizado una metodología similar a la nuestra han observado recuerdos generales en participantes con puntuaciones elevadas en el BDI (Moffit y Singer, 1994). Esto podría hacernos plantear si el recuerdo generalizado se produciría de manera más evidente en aquellas situaciones donde el estado de ánimo es negativo. De hecho, aunque de manera menos consistente, algunos estudios realizados con participantes disfóricos (p. ej.: Rekart y cols., 2006), y con participantes eutímicos a

los que se les induce un estado de ánimo negativo (Maccalum y cols., 2004) han encontrado evidencia de este fenómeno de sobregeneralización del recuerdo.

Posteriormente a estos análisis, examinamos qué ocurriría si evaluáramos sólo el primer recuerdo evocado. Diversos estudios han demostrado que los efectos relacionados del estado de ánimo sobre el recuerdo, como medida de regulación emocional, se producen de manera más evidente con el primer recuerdo (Parrot y Sabini, 1990; Setliff y Marmuek, 2002; Smith y Petty, 1995). En este caso, encontramos que los participantes con historia de depresión mostraron un recuerdo superior para información autobiográfica específica negativa que positiva, y que, además, recuperaron menos recuerdos específicos positivos y más recuerdos específicos negativos que los participantes del grupo control. Esto sugeriría que en comparación a personas que nunca se han deprimidos, las personas que sí lo han estado muestran de manera más accesible, a partir del primer recuerdo evocado, un patrón negativo de recuerdo. Sin embargo, cuando contabilizamos el total de los cuatro recuerdos este patrón negativo de recuerdo específico se modifica, mostrando las personas vulnerables el mismo nivel de recuerdos específicos positivos y negativos que personas no vulnerables. Quizás estrategias efectivas de regulación podrían explicar estos cambios en el patrón de recuerdo del primer recuerdo evocado a los recuerdos evocados a continuación, en el grupo de participantes con historia de depresión. En este sentido, sería también muy interesante analizar qué ocurriría con pacientes con depresión actual en esa diferenciación entre el primer recuerdo autobiográfico evocado y el total de recuerdos. En el próximo capítulo trataremos este aspecto.

Factores cognitivos relacionados con los sesgos de recuerdo

De manera consistente con nuestras hipótesis encontramos que los esquemas negativos latentes correlacionaron con una mayor proporción de recuerdo y de reconocimiento de información negativa auto-referente, incluso controlando la sintomatología depresiva y ansiosa (H6). De esta manera, a mayor nivel de esquemas negativos latentes se produjeron mayores sesgos en la recuperación de información negativa auto-referente.

Estos efectos se produjeron específicamente para el grupo de participantes con HD, de modo que la mayor proporción de recuerdo y de reconocimiento de información negativa auto-referente observada en el grupo vulnerable fue explicada por la mayor presencia de esquemas negativos latentes. Este resultado sugiere que los esquemas negativos aun manifestándose, supuestamente, de manera latente podrían actuar sesgando el procesamiento de la información en personas vulnerables a deprimirse.

Los esquemas negativos latentes, por el contrario, no se relacionaron con el recuerdo de material positivo auto-referente, aunque sí que se relacionaron con el reconocimiento de material positivo auto-referente. Estos resultados sugerirían que los esquemas negativos latentes serían más consistentes en la predicción de mayores sesgos en el procesamiento de información negativa que en la predicción de menores sesgos en el procesamiento de información positiva. De manera consistente con esta idea, Drenfeldt y Roberts (2006) evaluaron una muestra de estudiantes universitarios con altas y bajas puntuaciones en el BDI. En este estudio encontraron que un estilo cognitivo negativo, caracterizado por elevados niveles de actitudes disfuncionales y baja autoestima, se relacionaron positivamente con el recuerdo de información negativa auto-referente. Sin embargo, este estilo cognitivo negativo no se relacionó con el recuerdo de información positiva auto-referente. Estos resultados sugerirían que algunos

aspectos cognitivos estables, como los esquemas negativos, se relacionarían más fuertemente con el procesamiento de información negativa que con el procesamiento de información positiva.

De manera consistente con nuestras hipótesis la supresión de pensamientos y el estilo rumiativo no se relacionaron con sesgos en el recuerdo y el reconocimiento de información negativa auto-referente (H7). Como ya comentamos, los estudios que han evaluado los efectos de inducir un auto-enfoque rumiativo, o de suprimir pensamientos negativos, en el procesamiento de la información, han encontrado efectos perjudiciales de ambos procesos (i.e., mayor accesibilidad a recuerdos personales negativos) en personas con estado de ánimo negativo, ya sea natural (i.e., disforia) o inducido experimentalmente (p. ej.: Howell y Conway, 1992; Lyubomirsky y cols., 1998).

Sin embargo, encontramos que, controlando la sintomatología depresiva y ansiosa, la supresión de pensamientos negativos correlacionaba con una mayor proporción de recuerdo de material positivo auto-referente y con una menor proporción de recuerdo negativo auto-referente (en este último caso el análisis de regresión mostró un efecto predictivo marginalmente significativo). Estos efectos se produjeron para el grupo de participantes con HD, indicando que una mayor proporción de recuerdo positivo auto-referente en el grupo con HD es explicado por una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos. Estos resultados sugerirían que, en ausencia de un estado de ánimo deprimido, la tendencia a no pensar o a controlar los pensamientos negativos tendría un efecto positivo, y tal vez, regulador del estado de ánimo.

De manera consistente con este hallazgo la literatura previa ha demostrado que bajo estados de ánimo deprimido o disfórico los intentos por suprimir pensamientos negativos (Conway, y cols., 1991) o recuerdos negativos (Howell y Conway, 1992), producen un efecto rebote, es decir, una mayor accesibilidad a ellos. Sin embargo, este

patrón no es observado en personas sin estado de ánimo deprimido o disfórico. Por tanto, los efectos perjudiciales de suprimir o evitar pensamientos negativos se darían en interacción con un estado de ánimo negativo, favoreciendo, así, el mantenimiento de ese estado de ánimo negativo y vulnerando a la persona a deprimirse. Sin embargo, sin la presencia de un estado de ánimo negativo la supresión de pensamientos negativos o molestos podría actuar como una estrategia efectiva de regulación, favoreciendo la accesibilidad a información positiva auto-referente, como parece suceder en nuestro caso con los participantes que ya no están deprimidos.

De hecho, la supresión de pensamientos ha sido considerada desde el modelo psicoanalítico como un mecanismo de defensa encargado de expulsar del inconsciente aquellos pensamientos que resultan desagradables (Freud, 1925-1926). Más recientemente en el Apéndice B del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; APA, 2002) se incluyó un listado de mecanismos de defensa (o estrategias de afrontamiento) que se definen como *procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo*. Algunos de estos mecanismos pueden tener efectos beneficiosos para la salud, mientras que otros pueden tener efectos contraproducentes. Dentro de estos mecanismos de defensa beneficiosos se encuentra la supresión de pensamientos (o proceso de inhibición mental) considerada como una estrategia voluntaria y consciente de evitación de pensamientos, sentimientos o experiencias que producen malestar. Por tanto, desde esta perspectiva se consideraría la supresión de pensamientos como una estrategia natural adaptativa de regulación.

Parece, pues, que la supresión de pensamientos podría ser una estrategia con efectos adaptativos o desadaptativos en función de ciertas circunstancias, como el estado de ánimo de la persona, el nivel de estrés experimentado, etc., produciendo un

descenso de esos pensamientos negativos no deseados o incrementando la frecuencia o la intensidad de los mismos (ver revisión en Wenzlaff y Wegner, 2000).

Respecto al recuerdo autobiográfico, consistentemente con nuestras hipótesis, los esquemas negativos latentes (además de los índices de eventos estresantes) se relacionaron con un incremento en el recuerdo de eventos específicos negativos en el primer recuerdo (H8). No obstante, la mayor presencia de esquemas negativos latentes fue un factor relacionado con un mayor recuerdo de eventos personales específicos negativos para el total de la muestra, no observándose relaciones específicas para el grupo con HD.

Por último, ni el estilo rumiativo ni la supresión de pensamientos se relacionaron con mayores sesgos en el recuerdo de información autobiográfica negativa, confirmando nuestras hipótesis (H9). Pero al igual que sucedía con el recuerdo de información positiva auto-referente, la supresión de pensamientos se relacionó con un mayor recuerdo de información específica positiva en el primer recuerdo sólo en el grupo de participantes con HD. De esta manera, un mayor recuerdo de información positiva auto-referente y autobiográfica (en el primer recuerdo) en personas con HD parece explicarse por una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos o molestos. Esto apoyaría la idea de que la tendencia a suprimir pensamientos negativos, podría actuar, dependiendo de las circunstancias (i.e., estado de ánimo, nivel de estrés, etc.), como una estrategia beneficiosa de regulación emocional.

En síntesis, podemos concluir que las personas vulnerables con historia pasada de depresión muestran un patrón de procesamiento mnemónico sesgado de información auto-referente y autobiográfica, caracterizado por una mayor accesibilidad a información negativa y una menor accesibilidad a información positiva, en comparación a las personas sin historia de depresión. A través de la tarea de memoria autobiográfica,

también observamos que personas con y sin historia de depresión no se diferenciaban en el patrón de especificidad y generalización del recuerdo. Sin embargo, analizando el primer recuerdo, sí observamos en las personas vulnerables un mayor recuerdo de información específica negativa y un menor recuerdo de información positiva, en comparación al grupo control.

Nuestros resultados, también, mostraron la influencia de los esquemas negativos latentes como factor predictor de sesgos en el recuerdo de información negativa auto-referente y autobiográfica. En el caso de información auto-referente las relaciones se dieron específicamente para el grupo de participantes con TDM, mientras que en el caso de la información autobiográfica las relaciones se dieron para el total de la muestra. Por último, también observamos que la tendencia a suprimir pensamientos negativos se relacionó con niveles más elevados de recuerdo de información positiva auto-referente y autobiográfica en personas con HD, sugiriendo que podría actuar como una estrategia beneficiosa de regulación emocional, en ausencia de estado de ánimo negativo.

CAPÍTULO 6. Estudio 2: Memoria auto-referente y autobiográfica en personas con depresión mayor

6.1. Descripción de objetivos e hipótesis

Los objetivos de este segundo estudio fueron los siguientes:

Primer objetivo: Evaluación de sesgos de memoria para información negativa auto-referente en una muestra de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

La literatura empírica ha mostrado de manera consistente que los participantes actualmente deprimidos muestran un mayor recuerdo de palabras negativas auto-referentes, en comparación a personas sin patología, de manera congruente con sus esquemas cognitivos negativos activados (ver meta-análisis en Matt, Vázquez y Campbell, 1992). El patrón de recuerdo será examinado como en el estudio 1 mediante una tarea de recuerdo libre y una tarea de reconocimiento. Como ya comentamos pocos estudios han utilizado tareas de reconocimiento para examinar sesgos en el recuerdo (debido en parte a que esta tarea es más sensible a “falsas alarmas”), y los resultados hallados son inconsistentes. Algunos estudios han encontrado evidencia de sesgos hacia información negativa en participantes con TDM (p. ej.: Dunbar y Lishman, 1984), mientras que otros estudios no (p. ej.: Deijen, Orlebeke, y Rijdsdijk, 1994). En el estudio 1 encontramos que mediante ambos tipos de tareas (recuerdo libre y reconocimiento) se podía observar un procesamiento sesgado de la información en participantes con historia pasada de depresión. Por tanto, en el presente estudio esperamos encontrar que ambas medidas serían sensibles a la hora de detectar sesgos en personas actualmente deprimidas.

Segundo objetivo: Evaluación de sesgos de memoria para información negativa autobiográfica en pacientes con TDM.

Como comentamos en el estudio 1, la mayor parte de estudios que han evaluado sesgos de recuerdo a información autobiográfica han utilizado la medida de tiempo de reacción en la evocación de recuerdos a través de palabras clave. Los resultados de estos estudios han sido inconsistentes a lo largo de la literatura. Algunos estudios han encontrado que los participantes con TDM son rápidos en su respuesta a palabras negativas, otros estudios que son más rápidos ante palabras negativas y menos rápidos ante palabras positivas, mientras que muchos otros no han hallado diferencias entre ambos tipos de categoría emocional (ver revisión en Williams y cols., 2007 y meta-análisis en Van Vreeswijk y cols., 2004). Pocos estudios han utilizado procedimientos de escritura libre de eventos para evaluar el recuerdo congruente con el estado de ánimo en participantes disfóricos a los que se les induce a distraerse o rumiar. Estos estudios han mostrado resultados más consistentes (p. ej.: Lyubomirsky y cols., 1998). De hecho, en nuestro primer estudio hallamos un patrón negativo de recuerdo en participantes con historia pasada de depresión. Por tanto, en el presente estudio esperamos encontrar que esta tarea también fuera sensible para detectar sesgos hacia información negativa en pacientes con TDM.

Tercer objetivo: Evaluación del patrón de especificidad y generalización de los recuerdos autobiográficos.

Además de evaluar el recuerdo congruente con el estado de ánimo mediante la tarea de memoria autobiográfica, examinamos un fenómeno que en los últimos años ha tomado mucho interés: la memoria autobiográfica sobregeneralizada. La gran mayoría de estudios, como hemos comentado, han utilizado la metodología de respuesta al ítem.

Mediante esta tarea los resultados hallados han sido consistentes en diferentes trastornos emocionales como el TDM o el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) (ver revisión en Williams, y cols., 2007): Los participantes con TDM y TEPT muestran un recuerdo más generalizado y/o menos específico que los participantes sin dichas patologías. No obstante, ha quedado menos claro ante qué tipo de material se produce. Algunos estudios muestran que este patrón sobregeneralizado de recuerdo se produce ante material negativo, otros estudios ante material positivo, otros estudios ante ambos tipos de material, mientras que un cuarto grupo de estudios sólo han observado efectos generales, independientemente del tipo de valencia. Van Vreeswijk y cols. (2004) han señalado que estas divergencias podrían deberse a diferencias en la metodología utilizada (estímulos utilizados, tiempo límite en la evocación de recuerdo etc.), aunque también este tipo de metodología ha recibido algunas críticas en los últimos años (Griffith y cols., 2009). Por tanto, mediante esta metodología todavía quedan algunos aspectos que no quedan claros. Pocos estudios han evaluado este patrón de recuerdo con metodologías de escritura. Moffitt y Singer (1992; 1994), fueron los primeros en utilizar este tipo de metodologías para evaluar el recuerdo autobiográfico sobregeneralizado, hallando que los participantes con altos niveles de sintomatología depresiva mostraban un recuerdo superior de eventos categóricos positivos (Moffitt y Singer, 1994). En nuestro estudio esperamos encontrar este patrón sobregeneralizado de recuerdo utilizando una metodología diferente a la utilizada por la mayor parte de los estudios, intentando generalizar los resultados hallados mediante la tarea de respuesta al ítem a una tarea de recuerdo libre. Además, analizamos ante qué tipo de material se observarían dicho patrón de recuerdo sobregeneralizado. En nuestro primer estudio observamos un patrón sesgado de recuerdo (i.e., mayor recuerdo de eventos específicos negativos y menor recuerdo de eventos específicos positivos) cuando se analizó el

primer recuerdo. En el presente estudio esperamos encontrar un patrón sesgado tanto con el primer recuerdo como con el cómputo de los cinco recuerdos.

Cuarto objetivo: Evaluación del papel de los esquemas negativos, la autoestima, la rumiación y la supresión de pensamientos en los sesgos de memoria.

En el primer estudio encontramos que los esquemas negativos latentes eran el factor más fuertemente asociado con sesgos en el recuerdo de información auto-referente y autobiográfica. En el caso del estudio 2, esperamos encontrar que los tres factores analizados en el estudio 1 (los esquemas negativos, la rumiación y la supresión de pensamientos) se relacionarían con los sesgos en el recuerdo a información negativa auto-referente y autobiográfica en pacientes con TDM. Además, viendo el importante papel que asumían los esquemas negativos latentes en la predicción de sesgos de recuerdo en los participantes con historia pasada de depresión, en este estudio se incluyó el análisis de una medida de autoestima. La inclusión de esta medida se hizo, en primer lugar, para analizar si los esquemas negativos latentes podrían relacionarse en pacientes con depresión con una valoración negativa sobre sí mismos, y, en segundo lugar, para analizar si esta valoración negativa sobre uno mismo tendría efectos significativos sobre el procesamiento de la información auto-referente y autobiográfica.

Este objetivo general se articula a través de los siguientes apartados:

- a) Relaciones entre esquemas negativos, autoestima y recuerdo auto-referente y autobiográfico:

En un estudio previo realizado con participantes disfóricos y no disfóricos, se observó que un estilo cognitivo negativo caracterizado por elevados niveles de actitudes disfuncionales, bajos niveles de autoestima, y un estilo atribucional depresógeno, se relacionó con sesgos en el recuerdo de información negativa. Este

estudio mostró que este patrón cognitivo era más importante para detectar sesgos en el procesamiento de información negativa que para la positiva, pues no hallaron que este mismo patrón se relacionara con un menor recuerdo de información positiva. En el presente estudio examinaremos si un mayor nivel de esquemas negativos latentes y una menor autoestima se relacionarían con sesgos en el recuerdo y en el reconocimiento de información negativa auto-referente, analizando, además, si estas relaciones se observarían específicamente para grupo de participantes con TDM, como ya vimos en el caso de los participantes con historia pasada de depresión en el primer estudio.

Además, también esperamos encontrar una relación significativa de los esquemas negativos latentes (como ya vimos en el estudio 1), así como de la autoestima, con sesgos en el recuerdo de información negativa autobiográfica, específicamente para el grupo con TDM. De manera consistente con esta idea, algunos estudios han mostrado que los participantes con estado de ánimo negativo (inducido experimentalmente) con baja autoestima recuerdan más información autobiográfica negativa que aquellos participantes con mayor autoestima (Smith y Petty, 1995).

b) Relaciones entre estilo rumiativo y recuerdo auto-referente y autobiográfico:

Varios estudios han mostrado que la rumiación se relaciona con un mayor procesamiento de información relacionada con uno mismo (p. ej.: Hertel y Brozovich, 2010). De hecho, estudios neuropsicológicos han mostrado que hay áreas cerebrales (i.e., córtex prefrontal medial) que se encargan de ambos procesos (p. ej.: Disner y cols., 2011). También sabemos que cuando una persona está deprimida o triste tiende a manifestar pensamientos recurrentes negativos sobre su estado de emocional, sobre las causas y consecuencias de éste, lo que sería el estilo rumiativo

(Nolen-Hoeksema, 1991). Por tanto, esperaríamos encontrar que este estilo rumiativo se relacionara con un mayor procesamiento negativo de información que tiene que ver con uno mismo, ya sea auto-referente o autobiográfica. De manera consistente Joormann, Dkane y Gotlib (2006) encontraron que el estilo rumiativo se relacionaba con un mayor recuerdo de material negativo en una muestra de participantes con depresión. Otros estudios que han evaluado las relaciones entre rumiación y memoria (en este caso autobiográfica) han realizado procedimientos de inducción de auto-enfoque, hallando que éste tiene efectos sobre el recuerdo en participantes con disforia, pero no en participantes no disfóricos (p. ej.: Lyubomirsky, y cols., 1998).

c) Relaciones entre supresión pensamientos y recuerdo auto-referente y autobiográfico:

Algunos estudios han mostrado que las personas con elevadas puntuaciones en el BDI a las que se les instruye suprimir pensamientos o recuerdos autobiográficos negativos muestran mayores intrusiones de éstos (p. ej.: Conway, Howell y Giannopoulos, 1991), mientras que este efecto no se observa en personas no disfóricas. De manera consistente con estos hallazgos, en nuestro primer estudio (realizado con personas cuyo estado de ánimo era eutímico) encontramos que la supresión de pensamientos no estaba relacionada con mayores sesgos en el recuerdo de información autobiográfica (ni auto-referente). En este segundo estudio, sí esperamos encontrar que la supresión de pensamientos estuviera relacionada con mayores sesgos en el recuerdo (y en el reconocimiento) de información negativa auto-referente y autobiográfica.

En resumen, teniendo en cuenta los resultados de estudios previos, y nuestros hallazgos del estudio 1, las hipótesis para este segundo estudio fueron:

En comparación con quienes no están deprimidos, los participantes con TDM:	
H1	Se auto-asignarán un mayor número de palabras negativas, y menor número de palabras positivas.
H2	Recordarán un mayor número de palabras negativas, y un menor número de palabras positivas auto-referentes.
H3	Reconocerán un mayor número de palabras negativas, y un menor número de palabras positivas auto-referentes.
H4	Recordarán un mayor número de recuerdos autobiográficos negativos, y un menor número de recuerdos positivos.
H5	Recordaran un mayor número de recuerdos generales-categoricos y un menor número de recuerdos específicos.
En cuanto a las relaciones entre variables:	
H6	Los esquemas negativos se relacionarán con mayor recuerdo de información depresiva auto-referente sólo en los participantes con TDM.
H7	La autoestima se relacionará con mayor recuerdo de información depresiva auto-referente sólo en los participantes con TDM.
H8	El estilo rumiativo, así como la supresión de pensamientos, se relacionarán con mayor recuerdo de información depresiva auto-referente sólo en los participantes con TDM.
H9	Los esquemas negativos se relacionarán sesgos de recuerdo de información negativa autobiográfica sólo en los participantes con TDM.
H10	La autoestima se relacionará con mayor recuerdo de información negativa autobiográfica sólo en los participantes con TDM.
H11	El estilo rumiativo, así como la supresión de pensamientos, se relacionarán con mayor recuerdo de información negativa autobiográfica sólo en los participantes con TDM.

6.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 77 participantes (79,22% mujeres). La edad media fue de 26,45 años (d.t.= 8,93). El grupo con TDM estuvo compuesto por 37 participantes y el grupo control por 40 participantes. Los pacientes fueron reclutados de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La muestra de participantes controles sin patología actual, ni pasada, fue constituida a través de un reclutamiento informal, donde en su mayoría, se contó con la colaboración de estudiantes de la facultad de psicología.

Los rangos de edad de los participantes estuvo entre los 18 y 60 años, y los criterios de exclusión fueron la presencia de síntomas psicóticos, trastorno bipolar y abuso o dependencia de alcohol o sustancias en los últimos seis meses.

6.3. Formación de grupos

Para conformar los grupos de comparación en este estudio, se utilizó la entrevista de evaluación estructurada SCID (Structured Clinical Interview for the DSM-IV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996). De esta manera, aquellos participantes que, a través de la información recabada en la entrevista, cumplieron los siguientes criterios DSM-IV fueron asignados al grupo de Trastorno Depresivo Mayor (TDM):

- Presencia de al menos 5 síntomas depresivos con valor diagnóstico (incluido la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o anhedonia).
- Impacto de tales condiciones en diferentes áreas de la vida del sujeto o malestar clínicamente significativo.
- El episodio depresivo no es debido a enfermedad, trastorno o lesión orgánica ni al consumo de sustancias.
- La duración del episodio es de al menos 2 semanas.

Por otro lado, para conformar el grupo control de comparación, los participantes tenían que estar libres de los diagnósticos cubiertos por nuestra entrevista diagnóstica (como trastornos de estado de ánimo y de ansiedad), tanto en la actualidad como en el pasado. Los participantes seleccionados del grupo control fueron emparejados a los pacientes con TDM por edad, género y nivel educativo.

6.4. Medidas

Escala de valoración de estados de ánimo (EVEA; Sanz, 2001). Escala descrita en el capítulo dedicado al Estudio 1. Se completaron nuevamente las sub-escalas de alegría y tristeza. La consistencia interna fue muy buena tanto para el estado de ánimo alegre ($\alpha=.94$), como para el estado de ánimo triste ($\alpha=.92$).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996). Escala descrita en el capítulo dedicado al Estudio 1. En este segundo estudio la consistencia interna fue muy buena ($\alpha=.94$).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Escala descrita en el capítulo dedicado al Estudio 1. En este estudio la consistencia interna fue muy buena ($\alpha=.93$).

Escala de Respuestas Rumiativas (RRS, Ruminative Responses Scale; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Escala descrita en el capítulo dedicado al Estudio 1. La consistencia interna fue muy buena ($\alpha=.96$).

Inventario de Supresión del Oso Blanco (White Bear Suppression Inventory, WBSI; Wegner y Zanakos, 1994). Escala descrita en el capítulo dedicado al Estudio 1. La consistencia interna en esta muestra fue buena ($\alpha=.88$).

Cuestionario de autoestima de Rosenberg (RSQ; Rosenberg Self-Esteem Questionnaire; Rosenberg, 1965). Este cuestionario tiene como objetivo la evaluación del sentimiento de satisfacción que una persona tiene de sí misma. Consta de 10 ítems que se puntúan a partir de una escala Likert de 4 puntos (de 1 bastante en desacuerdo a 4 bastante de acuerdo). Por tanto el rango de puntuaciones oscila entre 10 a 40, donde a mayor puntuación mayor es la auto-estima. La fiabilidad test-retest de este cuestionario es de $r=.85$ y su consistencia interna es muy alta ($\alpha=.92$, Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). La validez convergente y discriminante también son satisfactorias (Zubizarreta, et al., 1994). En esta muestra la consistencia interna fue adecuada ($\alpha=.70$).

Trauma History Screen (THS; Carlson, Smith, Palmieri, Dalenberg, Ruzek, y cols., 1999). El THS es una medida de autoinforme breve de 12 ítems que examina 11 eventos negativos y un evento general (“Ha sufrido alguna otra experiencia que le hizo sentir muy asustado, indefenso u horrorizado”), incluyéndose accidentes graves, agresión sexual, desastres naturales, etc. Para cada uno de los eventos, los participantes tienen que indicar si les ocurrió (sí o no) y el número de veces que sucedió. Para cada evento que el participante afirma haber experimentado se evalúa además, la edad en que ocurrió, una breve descripción de lo que sucedió, si alguien murió o resultó herido, si se sintió indefenso, atemorizado, irreal o desorientado. También se incluye una escala de 4 puntos donde se debe indicar la duración del malestar emocional (0=No me molestó a 4=Un mes o más) y una escala de 5 puntos para evaluar el nivel de malestar emocional (0 = nada a 5= muchísimo). Un ejemplo del instrumento utilizado se incluye el Anexo 5. Los índices establecidos para este estudio fueron los siguientes:

- **Número total de traumas:** Suma de los episodios traumáticos que el participante indicó haber experimentado.

- **Número de veces:** Suma del número de veces de los episodios traumáticos experimentados.
- **Malestar emocional:** Nivel medio de malestar emocional experimentado durante los episodios traumáticos.
- **Duración del malestar emocional:** Duración media del malestar emocional experimentado durante los episodios traumáticos.

6.5. Tareas experimentales

- *Tarea de palabras desordenadas*

Se utilizó la misma tarea que la descrita en el capítulo del estudio 1.

- *Tarea de codificación auto-referente y recuerdo incidental (SRIRT)*

1. Tarea de codificación auto-referente

Estímulos: Se utilizaron 36 adjetivos en lengua española agrupados en tres categorías: 12 de contenido alegre, 12 de contenido depresivo y 12 de contenido amenazante, y 6 adjetivos de práctica (véase el anexo 6). Las palabras fueron seleccionadas de listas de palabras estandarizadas para su uso en este tipo de experimentos (Jiménez, Vázquez, Hernangómez, 1998; Nieto, Hervás y Vázquez 2006). Las diferentes categorías de palabras fueron equivalentes en términos de longitud, emocionalidad, y frecuencia de uso a través de la base de datos LEXESP (Léxico informatizado del Español; Sebastián, Martí, Cuetos y Carreiras, 2000). En la elaboración de las listas de palabras amenazantes y depresivas, se tomó la precaución de seleccionar palabras con alta puntuación en amenaza, y baja en depresión y viceversa, ya que algunas palabras pueden tener un significado emocional negativo ambiguo (p. ej.: la palabra “humillado”

puede ser a la vez depresiva o amenazante dependiendo del sentido con que se interprete, y, por tanto, no sería apropiada para nuestro estudio).

Diseño Experimental. El diseño experimental de la tarea de codificación auto-referente para este estudio fue el mismo que el realizado en el estudio 1 (véase la figura 10).

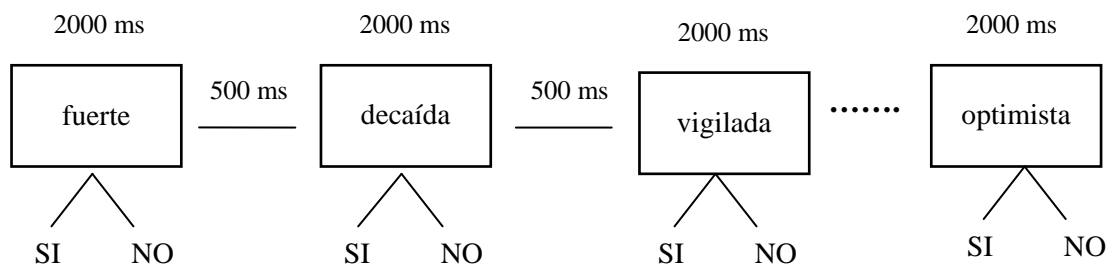


Figura 10. Esquema de la tarea de codificación auto-referente.

2. Tarea de recuerdo incidental

Al igual que en el estudio 1, la tarea de memoria se realizó sobre las palabras presentadas en la tarea de codificación auto-referente. Esta tarea tenía dos partes, una primera parte de recuerdo libre, y una segunda parte de reconocimiento. Para cada una de las dos partes se les dio 3 minutos de tiempo. En la parte correspondiente a la memoria de reconocimiento se presentaron 36 palabras, de las cuales 18 fueron palabras correctas (6 positivas, 6 depresivas y 6 amenazantes), y 18 palabras falsas (6 positivas, 6 depresivas y 6 amenazantes).

Los índices usados en la tarea de codificación auto-referente y de recuerdo incidental (recuerdo libre y reconocimiento) fueron:

- **Proporción de palabras auto-asignadas.** Número de palabras auto-descriptivas dentro de cada categoría emocional (positiva, negativa, y amenazante) dividido por el número total de palabras auto-asignadas.
- **Tiempo de reacción en la auto-asignación de adjetivos.**
- **Proporción de recuerdo de palabras positivas, negativas, y neutras auto-referentes.** Número de palabras de cada categoría emocional (positiva, negativa, y neutra) auto-asignadas y posteriormente recordadas dividido por el número total de palabras auto-asignadas y recordadas.
- **Proporción de reconocimiento de palabras positivas, negativas, y neutras auto-referentes.** Número de palabras de cada categoría emocional (positiva, negativa, y neutra) auto-asignadas y posteriormente reconocidas dividido por el número total de palabras auto-asignadas y reconocidas.

Previamente a calcular estos índices, y con el fin de minimizar la influencia de puntuaciones extremas, se eliminaron las latencias mayores y menores a dos desviaciones típicas de la media. Posteriormente, se realizó un diagrama de cajas (Box Plot) para eliminar los valores extremos. El porcentaje de ensayos eliminados fue del 6,55%. Este procedimiento ha sido llevado a cabo por gran parte de la literatura experimental que ha utilizado esta tarea (p. ej.: Gotlib, Kash, Joormann y cols. 2004; Joorman; Dkane, y Gotlib, 2006).

▪ *Tarea de memoria autobiográfica*

La tarea de memoria autobiográfica fue la misma que la utilizada en el estudio 1. Al igual que en el estudio previo, dos jueces independientes puntuaron para cada evento la valencia, y la especificidad o generalización de los mismos. La fiabilidad inter-jueces osciló entre .88 a .94 para el tipo de recuerdo (específico, categórico y extendido); y entre .89 a .97 para la valencia del recuerdo (positivo y negativo).

Los índices de la tarea de memoria autobiográfica fueron los siguientes:

- **Proporción de recuerdos autobiográficos específicos:** Número total de recuerdos autobiográficos específicos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos extendidos:** Número total de recuerdos autobiográficos extendidos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos categóricos:** Número total de recuerdos autobiográficos categóricos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos negativos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos positivos:** Número total de recuerdos autobiográficos positivos dividido por el número total de recuerdos
- **Proporción de recuerdos autobiográficos específicos positivos:** Número total de recuerdos autobiográficos específicos positivos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos específicos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos específicos negativos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos extendidos positivos:** Número total de recuerdos autobiográficos extendidos positivos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos extendidos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos extendidos negativos dividido por el número total de recuerdos.

- **Proporción de recuerdos autobiográficos categóricos positivos:** Número total de recuerdos autobiográficos categóricos positivos dividido por el número total de recuerdos.
- **Proporción de recuerdos autobiográficos categóricos negativos:** Número total de recuerdos autobiográficos categóricos negativos dividido por el número total de recuerdos.

Para el cálculo de estos índices se utilizaron el total de cinco recuerdos. Además, también se calcularon los mismos índices utilizando sólo el primer recuerdo. Esto se hizo para comparar los resultados hallados en el presente estudio con participantes actualmente deprimidos, respecto a los resultados encontrados en el primer estudio con participantes con historia pasada de depresión.

6.6. Procedimiento

Procedimiento del grupo con TDM:

Realizamos una reunión con los terapeutas de la Clínica Universitaria de Psicología donde les explicamos el protocolo de nuestro estudio. En esta reunión acordamos que cuando llegara un paciente nuevo, y observaran que podía mostrar problemas emocionales, les informarían de nuestro estudio. En la primera o segunda sesión con su paciente, el terapeuta le comentaba la posibilidad de participar en una exploración psicológica adicional, de una o dos sesiones, voluntaria, y sin costes económicos. Cada viernes por la mañana acudíamos a la Clínica para reunirnos con los terapeutas para que nos informasen de los nuevos casos que aceptaran participar en esta exploración.

La primera sesión que realizábamos con el paciente solía hacerse antes o después de la segunda o tercera sesión de evaluación con su terapeuta (en la mayoría de

ocasiones después). En esta primera sesión se realizaba la entrevista SCID. En el caso de que el paciente cumpliera los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, se le ponía cita para una segunda sesión.

Tanto si el paciente cumplía los criterios de TDM como si no, se elaboraba un informe con la información recogida, y junto con una copia de la SCID, se la entregábamos a su correspondiente terapeuta.

En cuanto a la segunda sesión, que se concertaba una semana después de la entrevista diagnóstica, los pacientes con TDM seleccionados para participar en el estudio completaban, en primer lugar, un consentimiento informado. Posteriormente realizaban la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T1), dando paso a la realización de las tareas experimentales. En primer lugar, los participantes realizaron la tarea de palabras desordenadas. A continuación se realizó la tarea de codificación autorreferente, y posteriormente se les presentó la tarea de recuerdo incidental, primero la tarea de recuerdo libre, y luego la tarea de reconocimiento. Una vez completadas estas tareas, los participantes completaron nuevamente la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA T2), y realizaron la tarea de memoria autobiográfica. Por último, rellenaron el paquete de cuestionarios: Sintomatología depresiva (BDI), sintomatología ansiosa (BAI), estilo rumiativo (RRS), supresión de pensamientos (WBSI), y cuestionarios de eventos estresantes (CEE).

Procedimiento del grupo control:

En diferentes clases de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid se pasó una lista de participación voluntaria al estudio. En esta lista se detallaba el género, edad y nivel educativo que deberían tener, aproximadamente, los diferentes participantes (p. ej.: Mujer, 30 años, licenciada), de modo que los participantes control en el estudio se seleccionaron en función de las características de

los pacientes del grupo TDM, para que ambos grupos fueran equiparables en cuanto a sus características demográficas (edad, sexo y nivel educativo). Los estudiantes que conocieran alguna persona (amigo, familiar, etc.) que cumpliera las características de alguno de los perfiles propuestos apuntaban en la lista los datos de la persona candidata a participar en el estudio (nombre, apellidos, teléfono y correo electrónico). Posteriormente, se procedió a las llamadas para contactar con los posibles participantes, y establecer una primera cita con ellos. El procedimiento realizado en las sesiones fue similar al llevado a cabo con los pacientes del grupo TDM: En una primera sesión se administró una entrevista de diagnóstico SCID, como ha sido previamente descrita, para descartar la presencia de trastornos de estado de ánimo y de ansiedad, tanto en la actualidad como en el pasado. En la segunda sesión se completaron los cuestionarios y tareas experimentales, tal como ha sido descrito para el grupo TDM.

Como recompensa por la participación en el estudio se entregó un cheque regalo por valor de 20 euros a cada participante al final de la segunda sesión.

6.7. Resultados

6.7.1. Características demográficas y psicológicas de la muestra

Respecto a las variables demográficas no se encontraron diferencias significativas en las variables sexo y edad (véase la tabla 20).

Respecto a las variables psicológicas se encontraron diferencias en todas ellas: sintomatología depresiva (BDI), y ansiosa (BAI), estado de ánimo positivo y negativo (EVEA), esquemas negativos latentes (TPD), autoestima (RSQ), supresión de pensamientos (WBSI), estilo rumiativo (RRS). Además, también se encontraron diferencias en los índices del cuestionario de trauma (THS): total de traumas, número de veces, malestar emocional, y duración del malestar emocional.

Variables	TDM (n=37)		GC (n=40)		χ^2	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	d.t.	M	d.t.			
Género (%)					.150		<i>n.s.</i>
Mujeres		81.1%		77.5%			
Hombres		18.9%		22.5%			
Edad	27.54	9.89	25.45	7.93		1.03	<i>n.s.</i>
BDI-II	27.05	9.97	5.83	3.90		12.43	.001
BAI	20.51	11.87	7.53	5.84		5.83	.001
EA alegre T1	11.84	8.62	23.52	6.91		-6.59	.001
EA triste T1	18.16	9.99	4.32	6.10		7.26	.001
EA alegre T2	12.86	8.47	23.55	7.35		-.592	.001
EA triste T2	16.78	10.01	4.42	5.51		6.64	.001
TPD	.43	.27	.11	.15		6.43	.001
RSQ	25.59	5.66	36.20	4.95		-8.76	.001
RRS	61.73	12.01	37.20	10.71		9.47	.001
<i>Reflection</i>	13.00	3.97	8.77	3.00		5.23	.001
<i>Brooding</i>	13.76	3.43	8.55	2.90		7.22	.001
WBSI	38.70	5.03	28.53	8.45		6.48	.001
THS Total Traumas	2.86	2.67	1.33	1.02		3.29	.002
THS n° Veces	9.70	16.54	3.02	5.34		3.29	.024
THS Mal. Emoc.	3.78	5.05	1.35	2.26		2.35	.010
THS Dur. Malestar	3.00	4.20	1.32	2.21		2.16	.035

TDM= trastorno depresivo mayor; GC= grupo control; M= media; d.t.= desviación típica; BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo 1; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; RRS= escala de respuestas rumiativas; TPD= Tarea de Palabras Desordenadas; RSQ= Cuestionario de autoestima de Rosenberg; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= número total de traumas; THS n° Veces= número de veces traumas; THS Malestar Emoc.= malestar emocional; THS Dur. Malestar= duración del malestar emocional.

Tabla 20. Características demográficas y psicológicas de la muestra.

6.7.2. Diferencias en los índices de codificación auto-referente, recuerdo y reconocimiento

1. Índices de codificación auto-referente

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de adjetivos auto-asignados se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo: Trastorno Depresivo Mayor, Grupo Control), x 3 (Categoría Emocional: Positivo, Depresivo, Amenazante). En la tabla 21 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2,74)=748.99$, $p<.001$, $\eta^2=.95$). Comparaciones por pares con ajuste del intervalo de confianza por Bonferroni mostraron que los participantes del estudio se auto-asignaron una mayor proporción de palabras positivas que depresivas y amenazantes ($p<.001$, en ambos casos), y una mayor proporción de palabras depresivas que amenazantes ($p<.001$). Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2,74)=71,50$ $p<.001$, $\eta^2=.66$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes con TDM se auto-asignaron un mayor número de palabras depresivas y positivas que amenazantes ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias en la auto-asignación de palabras depresivas y positivas (*n.s.*). Por otro lado, los participantes del GC se auto-asignaron una mayor proporción de palabras positivas que amamantes y depresivas ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias en la auto-asignación de palabras depresivas y amenazantes (*n.s.*).

Asimismo, los participantes con TDM se auto-asignaron una mayor proporción de palabras depresivas y amenazantes ($p<.001$ y $p<.01$, respectivamente), así como, una menor proporción de palabras positivas ($p<.001$) en comparación con los participantes del GC (véase la figura 11).

Categoría	TDM (n=37)		GC (n=40)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de palabras auto-asignadas				
Positivas	.39	.25	.92	.11
Depresivas	.52	.24	.06	.10
Amenazantes	.07	.09	.02	.07
Tiempo de reacción (ms)				
Positivas	1032.14	222.48	910.21	206.75
Depresivas	1090.73	173.13	943.06	192.85
Amenazantes	1037.40	167.68	915.26	166.16
Proporción de palabras auto-asignadas y recordadas				
Positivas	.42	.35	.95	.12
Depresivas	.51	.33	.03	.09
Amenazantes	.07	.16	.02	.06
Proporción de palabras auto-asignadas y reconocidas				
Positivas	.37	.28	.93	.12
Depresivas	.58	.31	.06	.12
Amenazantes	.07	.12	.004	.02

TDM= Trastorno depresivo mayor; GC= Grupo control; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 21. Índices en la tarea de codificación auto-referente y recuerdo incidental (SRIRT) en cada grupo.

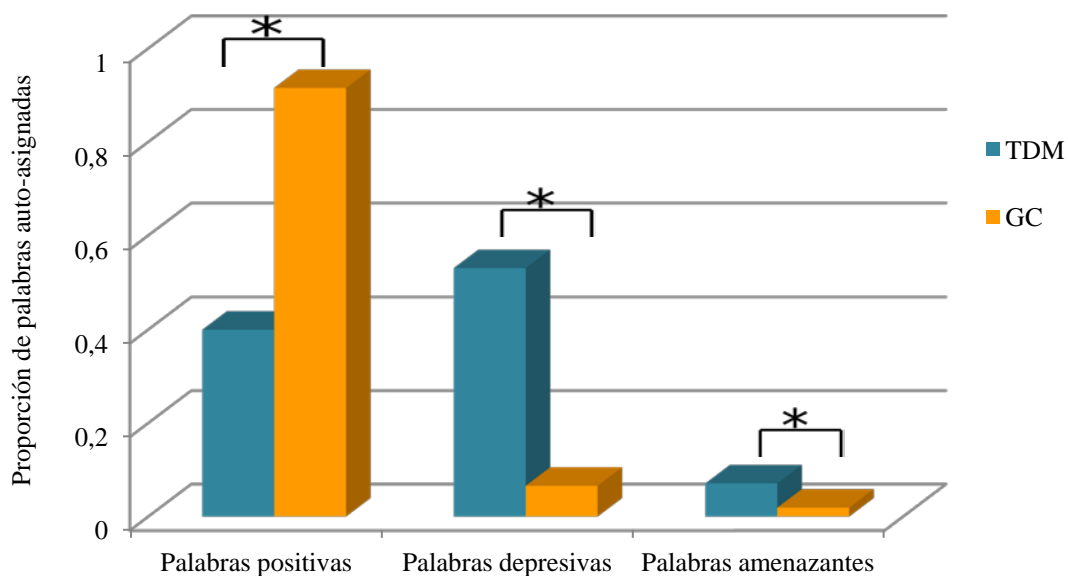


Figura 11. Proporción de palabras auto-asignadas por Categoría Emocional.

2. Tiempos de reacción en la auto-asignación de adjetivos

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a los tiempos de reacción en la auto-asignación de adjetivos positivos, depresivos y amenazantes se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo) x 3 (Categoría Emocional). En la tabla 21 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor Grupo fue significativo ($F(1,75)=12.13, p<.01, \eta^2=.14$), así como el factor Categoría Emocional ($F(2,74)=3.98, p<.05, \eta^2=.09$). Respecto al primer factor, los participantes con TDM mostraron mayores tiempos de reacción en sus decisiones que los participantes del GC ($p<.001$). Respecto al factor Categoría Emocional, los participantes del estudio mostraron menores tiempos de reacción en la auto-asignación de adjetivos amenazantes que en la auto-asignación de adjetivos depresivos ($p<.05$). Por otro lado, la interacción Grupo x Categoría Emocional no fue significativa ($F(2, 74)=0.37, n.s.$) (véase la figura 12).

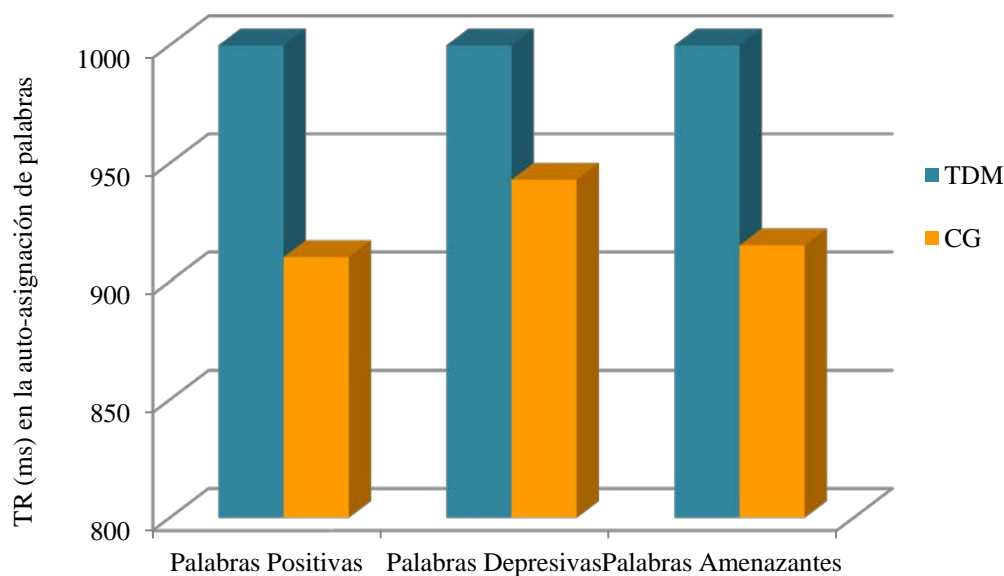


Figura 12. Tiempo de reacción (ms) en la auto-asignación de palabras por Categoría Emocional.

3. Índices de recuerdo de adjetivos auto-referentes

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de recuerdo de adjetivos auto-referentes se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo), x 3 (Categoría Emocional). En la tabla 21 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2,74)=219.29, p<.001, \eta^2=.86$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes del estudio mostraron una mayor proporción de recuerdo de palabras positivas auto-referentes que depresivas y amenazantes ($p<.001$, en ambos casos), y una mayor proporción de recuerdo de palabras depresivas auto-referentes que amenazantes ($p<.001$). Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2, 74)=41.95, p<.001, \eta^2=.53$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes con TDM recordaron una mayor proporción de palabras depresivas y

positivas que amenazantes ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias en el recuerdo de palabras depresivas y positivas ($n.s.$). Por otro lado, los participantes del GC recordaron una mayor proporción de palabras positivas que amenazantes y depresivas ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias en el recuerdo de estas dos últimas ($n.s.$).

Asimismo, los participantes con TDM recordaron una mayor proporción de palabras depresivas auto-referentes, y una menor proporción de palabras positivas auto-referentes en comparación a los participantes del grupo control ($p<.001$ en ambos casos). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en el recuerdo de palabras amenazantes ($n.s.$) (véase la figura 13).

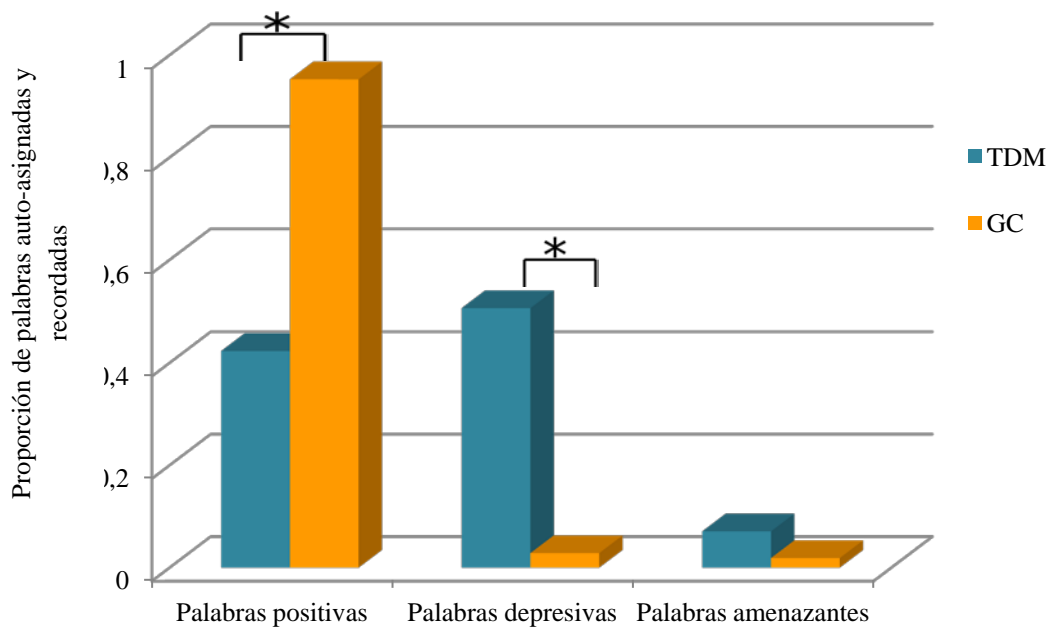


Figura 13. Proporción de palabras auto-asignadas y recordadas por Categoría Emocional.

4. Índices de Reconocimiento de adjetivos auto-referentes

Para analizar las diferencias entre grupos respecto a la proporción de reconocimiento de adjetivos auto-referentes se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo), x 3 (Categoría Emocional). En la tabla 21 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor Categoría Emocional fue significativo ($F(2,74)=529.95$, $p<.001$, $\eta^2=.96$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes del estudio reconocieron una mayor proporción de palabras positivas auto-referentes que depresivas y amenazantes ($p<.001$, en ambos casos), y una mayor proporción de palabras depresivas que amenazantes ($p<.001$). Este efecto general fue explicado por una interacción significativa Grupo x Categoría Emocional ($F(2,74)=70.78$, $p<.001$, $\eta^2=.66$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes con TDM reconocieron una mayor proporción de palabras depresivas y positivas que amenazantes ($p<.05$ y $p<.001$, respectivamente). En esta ocasión, se produjeron diferencias entre el reconocimiento de material depresivo y positivo, siendo superior el primero ($p<.001$). Por otro lado, los participantes del GC reconocieron una mayor proporción de palabras positivas que amamantes y depresivas ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias en el reconocimiento de estas dos últimas.

Asimismo, los participantes con TDM reconocieron una mayor proporción de palabras depresivas y amenazantes ($p<.001$ y $p<.01$, respectivamente), así como una menor proporción de palabras positivas ($p<.001$) que el GC (véase la figura 14).

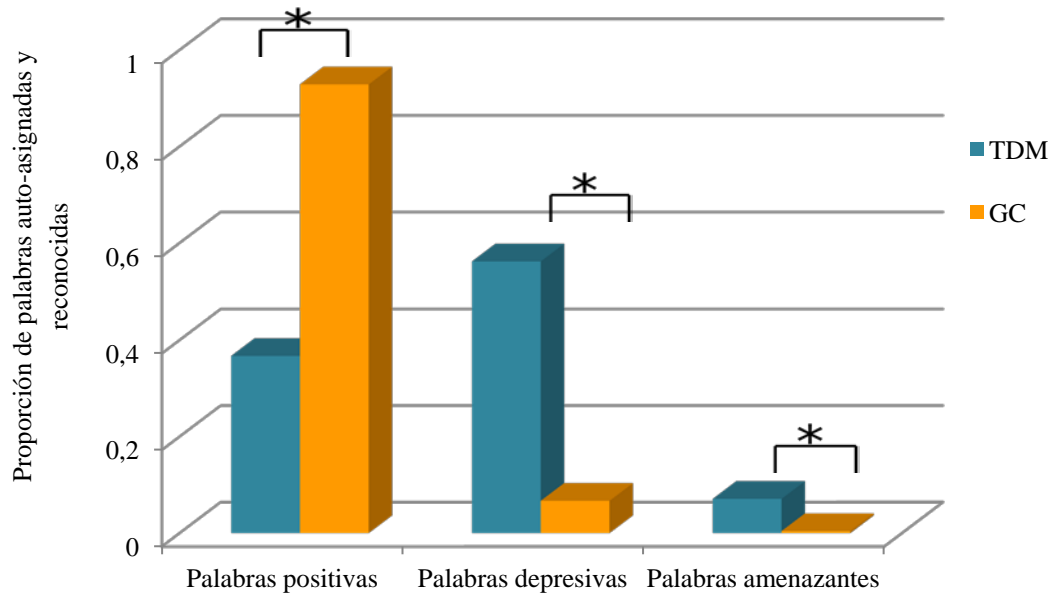


Figura 14. Proporción de palabras auto-asignadas y reconocidas por Categoría Emocional.

6.7.3. Diferencias entre grupos en los índices de recuerdo autobiográfico

1. Índices referidos a los cinco recuerdos

Para analizar las diferencias entre grupos en los índices de memoria autobiográfica se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo: Trastorno Depresivo Mayor, Grupo Control), x 3 (Tipo de Recuerdo: Específico, Extendido, Categórico) x 2 (Categoría Emocional: Positivo, Negativo). En la tabla 22 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor Tipo de Recuerdo fue significativo ($F(1, 74)=96.31, p<.001, \eta^2=.72$). Las comparaciones por pares con ajuste del intervalo de confianza por Bonferroni mostraron que los participantes del estudio recordaron una mayor proporción de recuerdos específicos que extendidos y categóricos ($p<.001$, en ambos casos), y una mayor proporción de recuerdos extendidos que categóricos ($p<.001$).

La interacción Grupo x Tipo de recuerdo fue significativa ($F(2,74)=11.07$, $p<.001$, $\eta^2=.23$). Las comparaciones por pares mostraron que tanto los participantes con TDM como los participantes del GC recordaron una mayor proporción de recuerdos específicos que extendidos y categóricos ($p<.001$, en todos los casos). Además, los participantes con TDM recordaron una menor proporción de recuerdo específico y una mayor proporción de recuerdo categórico en comparación con los participantes del grupo control ($p<.001$, en ambos casos). No se encontraron diferencias significativas para la proporción de recuerdos autobiográficos extendidos entre ambos grupos.

La interacción Grupo x Categoría emocional también fue significativa ($F(1,74)=16.55$, $p<.001$, $\eta^2=.18$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes con TDM recordaron una mayor proporción de recuerdos autobiográficos negativos que positivos ($p<.05$). Los participantes del GC mostraron el patrón opuesto de recuerdo, con mayor proporción de recuerdos autobiográficos positivos que negativos ($p<.001$). Además, los participantes del grupo TDM recordaron una mayor proporción de recuerdos autobiográficos negativos, así como una menor proporción de recuerdos autobiográficos positivos en comparación con los participantes del GC ($p<.001$, en ambos casos).

Estos efectos fueron explicados por una interacción significativa Grupo x Tipo de Recuerdo x Categoría Emocional ($F(1,74)=3.41$, $p<.05$, $\eta^2=.08$). Comparaciones por pares mostraron que los participantes con TDM recordaron la misma proporción de recuerdo específico negativo que específico positivo, mientras que los participantes del GC recordaron una mayor proporción de recuerdo específico positivo que negativo ($p<.001$). Esta misma pauta fue observada para los recuerdos de tipo extendido: Ausencia de diferencias entre recuerdos positivos y negativos en el grupo TDM, mientras que el grupo GC mostró una mayor proporción de recuerdos positivos que

negativo ($p<.05$). De modo interesante, en el caso de los recuerdos de tipo categórico, mientras que no se encontraron diferencias en la proporción de recuerdo negativo y positivo en el grupo GC, el grupo TDM mostró una pauta de mayor recuerdo negativo categórico que positivo categórico ($p<.001$).

Estas pautas de recuerdo autobiográfico también explicaron diferencias entre grupos, encontrándose que los participantes con TDM mostraron una menor proporción de recuerdo específico positivo que los participantes del GC ($p<.001$), así como una mayor proporción de recuerdo categórico positivo y negativo en comparación con los participantes del grupo control ($p<.05$ y $p<.001$, respectivamente) (véase la figura 15).

Categoría	TDM (n=37)		GC (n=40)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de recuerdo autobiográfico específico				
Positivo	.23	.24	.49	.20
Negativo	.31	.29	.26	.19
Proporción de recuerdo autobiográfico extendido				
Positivo	.15	.16	.15	.17
Negativo	.13	.16	.08	.14
Proporción de recuerdo autobiográfico categórico				
Positivo	.04	.09	.01	.04
Negativo	.14	.18	.02	.06

TDM= Trastorno Depresivo Mayor; GC= Grupo Control; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 22. Índices de memoria autobiográfica referidos a los cinco recuerdos en cada grupo.

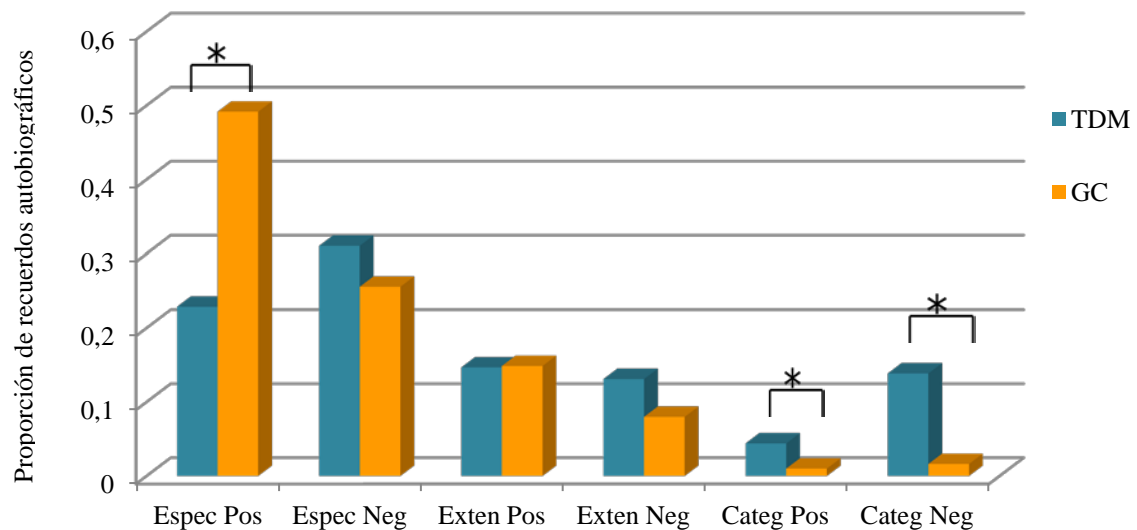


Figura 15. Proporción de recuerdos autobiográficos por Tipo y Categoría emocional referidos a los cinco recuerdos.

2. Índices referidos al primer recuerdo

Se realizó un ANOVA de medidas repetidas 2 (Grupo: TDM, GC), x 3 (Tipo de Recuerdo: Específico, Extendido, Categórico) x 2 (Categoría Emocional: Positivo, Negativo). En la tabla 23 se pueden ver las medias y las desviaciones típicas.

El factor de interacción Grupo x Tipo de Recuerdo x Categoría Emocional fue significativo ($F(2, 74)=6.31$, $p<.01$, $\eta^2=.15$). Las comparaciones por pares mostraron que los participantes del GC mostraron una mayor proporción de recuerdo específico positivo que negativo ($p<.01$), mientras que los participantes del grupo TDM mostraron una tendencia a recordar más material específico negativo que positivo ($p=.082$).

En cuanto a diferencias entre grupos, los participantes con TDM mostraron una mayor proporción de recuerdo específico negativo, y una menor proporción de recuerdo específico positivo en el primer recuerdo, en comparación con los participantes del grupo control ($p<.01$ y $p<.05$, respectivamente). No se encontraron diferencias entre grupos respecto a los recuerdos categóricos y extendidos positivos y negativos (véase la figura 16).

Categoría	TDM (n=37)		GC (n=40)	
	M	d.t.	M	d.t.
Proporción de recuerdo autobiográfico específico 1rec				
Positivo	.16	.37	.55	.50
Negativo	.37	.49	.18	.38
Proporción de recuerdo autobiográfico extendido 1rec				
Positivo	.24	.43	.13	.33
Negativo	.11	.31	.12	.33
Proporción de recuerdo autobiográfico categórico 1rec				
Positivo	.02	.16	.00	.00
Negativo	.08	.28	.02	.16

TDM= Trastorno Depresivo Mayor; GC= Grupo Control; M= media; d.t.= desviación típica.

Tabla 23. Índices de memoria autobiográfica referidos al primer recuerdo en cada grupo.

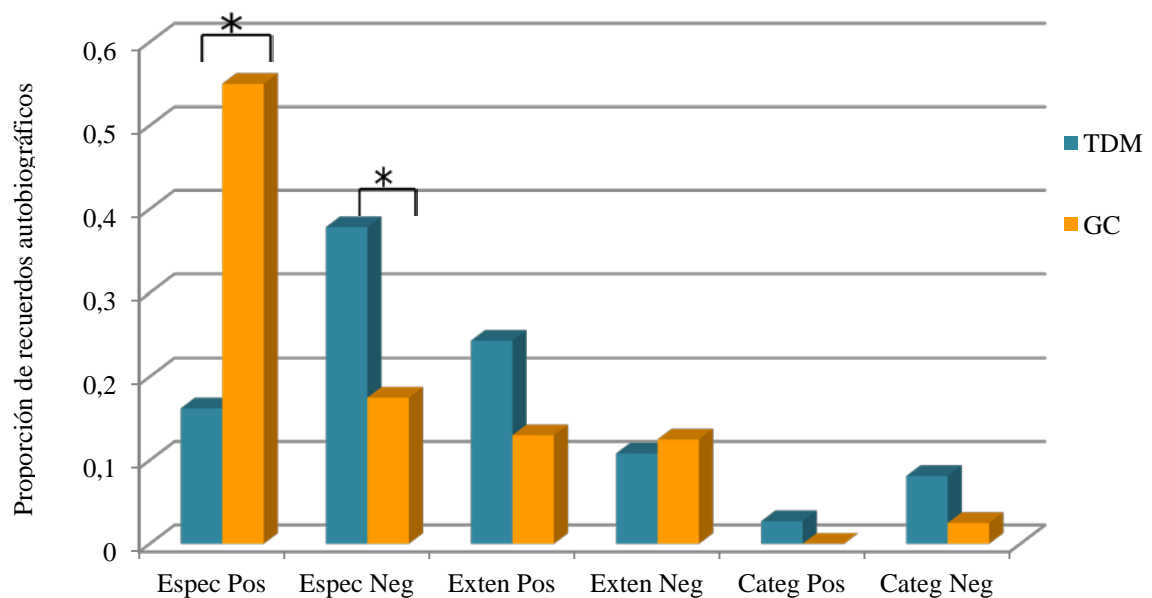


Figura 16. Proporción de recuerdo por Tipo y Categoría Emocional referidos al primer recuerdo

6.7.4. Relaciones entre variables del estudio

Análisis de correlaciones bivariadas mostraron que la sintomatología depresiva (BDI) y ansiosa (BAI) correlacionaron de manera positiva con los esquemas negativos latentes (TPD), el estilo rumiativo (RRS), la supresión de pensamientos (WBSI), así como con los índices de historia de trauma (THS), mientras que correlacionaron negativamente con la autoestima (RSQ) (véase la tabla 24).

Por su parte, los esquemas negativos latentes mostraron fuertes correlaciones con la autoestima ($r = -.62, p < .001$), el estilo rumiativo ($r = .58; p < .001$), y la supresión de pensamientos ($r = .58; p < .001$). El estilo rumiativo y la supresión de pensamientos también correlacionaron fuertemente entre sí ($r = .70; p < .001$).

Los índices de historia de trauma (THS) correlacionaron positivamente con los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, y la supresión de pensamientos, y de manera negativa con la autoestima.

Correlaciones parciales, controlando BDI y BAI, mostraron que la autoestima continuó correlacionando con los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos. Estos dos últimos también correlacionaron entre sí.

Los esquemas negativos latentes, además de correlacionar con la autoestima, también lo hicieron con el malestar emocional asociado al trauma (véase la tabla 25).

	BDI-II	BAI	EA alegre	EA triste	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NºVeces	THS MalEmo	THS DurMal
BDI-II	1													
BAI	.663^{***}	1												
EA alegre	-.565^{***}	-.204	1											
EA triste	.682^{***}	.353^{**}	-.606^{***}	1										
TPD	.655^{**}	.447^{***}	-.480^{***}	.550^{***}	1									
RSQ	-.720^{***}	-.449^{***}	.625^{***}	-.573^{***}	-.616^{***}	1								
RRS	.846^{***}	.687^{***}	-.398^{***}	.534^{***}	.582^{***}	-.656^{***}	1							
<i>Brooding</i>	.735^{***}	.637^{***}	-.314^{**}	.491^{***}	.515^{***}	-.595^{***}	.882^{***}	1						
<i>Reflection</i>	.610^{***}	.470^{***}	-.281[*]	.320^{**}	.442^{***}	-.495^{***}	.815^{***}	.606^{***}	1					
WBSI	.625^{***}	.585^{***}	-.426^{***}	.436^{***}	.542^{***}	-.573^{***}	.699^{***}	.702^{***}	.569^{***}	1				
THS Total Traumas	.496^{***}	.497^{***}	-.211	.393^{***}	.232[*]	-.388^{***}	.420^{***}	.375^{**}	.275[*]	.261[*]	1			
THS NºVeces	.380^{**}	.506^{***}	-.186	.350^{**}	.275[*]	-.265[*]	.322^{**}	.248[*]	.270[*]	.165	.870^{***}	1		
THS MalEmo	.459^{***}	.411^{***}	-.232[*]	.361^{**}	.432^{***}	-.392^{***}	.385^{**}	.329^{**}	.340^{**}	.238[*]	.492^{***}	.553^{***}	1	
THS DurMal	.407^{***}	.367^{**}	-.158	.298^{**}	.398^{***}	-.336^{**}	.358^{**}	.296^{**}	.328^{**}	.197	.492^{***}	.568^{***}	.975^{***}	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck II; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre= Estado de ánimo alegre; EA triste= Estado de ánimo triste; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= Cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos, THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS Nº Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 24. Correlaciones entre variables del estudio.

CONTROLANDO BDI-II Y BAI												
	EA alegre	EA triste	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	CEE Total Traumas	CEE NVeces	CEE MalEm	CEE DurMal
EA alegre	1											
EA triste	-.338*	1										
TPD	-.177	.162	1									
RSQ	.410***	-.169	-.300*	1								
RRS	.139	.080	.063	-.139	1							
<i>Brooding</i>	.133	.024	.061	-.157	.703***	1						
<i>Reflection</i>	.110	-.156	.066	-.113	.695***	.280**	1					
WBSI	-.062	.047	.240	-.254*	.376**	.389**	.319*	1				
THS Total Traumas	.019	.176	-.013	-.059	-.114	-.047	-.117	-.139	1			
THS N°Veces	-.062	.245*	.046	.002	-.153	-.140	-.035	-.171	.844***	1		
THS MalEmo	.031	.138	.247*	-.076	-.086	-.063	.054	-.161	.306*	.459***	1	
THS DurMal	-.038	.087	.240	-.040	-.042	-.046	.083	-.167	.333**	.491***	.968***	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck II; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre= Estado de ánimo alegre; EA triste= Estado de ánimo triste; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= Cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos, THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS N° Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 25. Correlaciones entre variables del estudio controlando BDI-II y BAI.

6.7.5. Relaciones entre índices de recuerdo auto-referente y autobiográfico

En la tabla 26 se presentan las correlaciones entre los índices de la tarea SRIRT y los índices de la tarea de memoria autobiográfica para los que se encontraron diferencias entre grupos (i.e., proporción de recuerdos autobiográficos negativos; proporción de recuerdos específicos y categórico; proporción de recuerdos autobiográficos específicos positivos, proporción de recuerdos autobiográficos categóricos positivos y negativos; y proporción de recuerdos específicos negativos y positivos con el primer recuerdo)³.

De manera resumida, los resultados mostraron que los índices de auto-asignación de palabras positivas y negativas correlacionaron con los índices de recuerdo y reconocimiento de material positivo y negativo. Asimismo, los índices de recuerdo y reconocimiento correlacionaron entre sí.

En cuanto a los índices de recuerdo autobiográfico, el recuerdo de eventos negativos se asoció con los índices de auto-asignación, recuerdo y reconocimiento de material positivo y negativo. Asimismo, también se asoció con mayor recuerdo de eventos personales específicos y categóricos negativos, así como con un menor recuerdo de eventos específicos y categóricos positivos.

El recuerdo categórico negativo se relacionó con mayores sesgos negativos, y menores sesgos positivos de recuerdo y reconocimiento de material auto-referente. El recuerdo específico positivo mostró la dirección opuesta, relacionándose con una mayor recuperación de material positivo, y una menor recuperación de material negativo auto-referente.

³ Esta selección de índices se realizó para sintetizar los análisis de correlaciones a aquellas variables de interés en las que se encontraron diferencias entre grupos. Esta selección de variables de recuerdo autobiográfico se utilizará a continuación en los siguientes apartados de análisis de relaciones entre variables e índices de memoria.

	Asign Pos	Asign Dep	Asign Amen	Rec Pos	Rec Dep	Rec Amen	Recon Pos	Recon Dep	Recon Amen	Rec Autob Neg	Rec Espec	Rec Extend	Rec Categ	Rec Espec Pos	Rec Espec Neg	Rec Categ Pos	Rec Categ Neg	Rec Espec Pos 1 rec	Rec Espec Neg 1 rec
Asign Pos	1																		
Asign Dep	-.977***	1																	
Asign Amen	-.426***	.222*	1																
Rec Pos	.909***	-.885***	-.400***	1															
Rec Dep	-.905**	.920***	.233	-.941***	1														
Rec Amen	-.232*	.121	.548**	-.403***	.069	1													
Recon pos	.960***	-.958***	-.323**	.884***	-.890***	-.199	1												
Recon dep	-.905***	.943***	.133	-.843***	.888***	.082	-.966***	1											
Recon Amen	-.361**	.211	.750**	-.296**	.150	.465***	-.289*	.031	1										
Rec Autob Neg	-.362**	.338**	.219	-.264*	.258*	.079	-.318**	.251*	.298**	1									
Rec Espec	.255*	-.254*	-.088	.227*	-.256*	.023	.239*	-.238*	-.040	-.110	1								
Rec Extend	.007	-.017	.040	.036	-.008	-.083	.025	-.024	-.009	-.038	-.682***	1							
Rec Categ	-.346**	.356**	.071	-.342**	.349**	.064	-.346**	.344**	.063	.189	-.546***	-.240*	1						
Rec Espec Pos	.380**	-.350**	-.251*	.246*	-.270*	.005	.338**	-.273*	-.297**	-.784***	.540***	-.371**	-.291*	1					
Rec Espec Neg	-.138	.108	.173	-.025	.020	.019	-.110	.041	.271*	.713***	.462***	-.312**	-.256*	-.498***	1				
Rec Categ Pos	-.140	.167	-.067	-.126	.172	-.094	-.181	.214	-.093	-.116	-.424***	-.139	.721***	-.142	-.287*	1			
Rec Categ Neg	-.379**	.378**	.128	-.382**	.367**	.133	-.358**	.338**	.131	.309**	-.493***	-.242*	.932***	-.307**	-.185	.421***	1		
Rec Espec Pos 1 rec	.434***	-.391	-.323**	.351**	-.317**	-.176	.390***	-.339**	-.251*	-.471***	.340**	-.270*	-.142	.602***	-.284*	-.002	-.185	1	
Rec Espec Neg 1 rec	-.195	.163	.184	-.134	.146	-.001	-.179	.129	.214	.556***	.068	-.115	.042	-.496***	.593***	-.140	.128	-.463***	1

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Dep= Proporción palabras depresivas auto-asignadas; Asign Amen = Proporción palabras neutras auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo de palabras positivas auto-asignadas; Rec Dep = Proporción recuerdo de palabras depresivas auto-asignadas, Rec Amen= Proporción recuerdo de palabras amenazantes auto-asignadas; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-asignadas, Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-asignadas, Recon Amen = Proporción de recuerdo palabras amenazantes auto-asignadas; Rec Autob Neg = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo; Rec Espec= Proporción de recuerdo autobiográfico específico; Rec Extend = Proporción de recuerdo autobiográfico extendido; Rec Categ = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico; Rec Espec pos = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo; Rec Espec Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo; Rec Categ pos = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico positivo; Rec Categ Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico negativo Rec Espec pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Espec Dep 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 26. Correlaciones entre los índices de codificación y memoria auto-referente y memoria autobiográfica.

6.7.6. Relaciones entre variables e índices de codificación, recuerdo y reconocimiento auto-referente

1. Índices de codificación auto-referente

Proporción de palabras positivas y negativas auto-asignadas

En primer lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 27). La auto-asignación de palabras positivas y depresivas correlacionó de manera significativa con los esquemas negativos latentes, la autoestima, el estilo rumiativo, y la supresión de pensamientos. Además también se relacionó con el total de traumas y el malestar emocional.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones parciales para cada grupo de participantes (véase las tablas 28 y 29). Para el grupo con TDM la auto-asignación de palabras depresivas correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes, y negativamente con la autoestima. La auto-asignación de palabras positivas mostró las mismas correlaciones pero en sentido inverso. Para el GC la auto-asignación de palabras negativas y positivas correlacionaron con la sintomatología depresiva y con el estado de ánimo alegre.

	BDI-II	BAI	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS N°Vec	THS MalEmo	THS DurMal
Asign Pos	-.764***	-.447***	.628***	-.636***	-.688***	.768***	-.677***	-.637***	-.460***	-.535***	-.374**	-.309***	-.391***	-.349***
Asign Dep	.720***	.372**	-.651**	.615***	.631***	-.712***	.618***	.584***	.402***	.509***	.287*	.203	.278*	.231*
Asign Amen	.435***	.442***	-.111	.342**	.469***	-.485***	.469***	.432***	.397***	.286*	.489***	.548***	.602***	.613**
Rec Pos	-.724**	-.372**	.564*	-.595**	-.641***	.713**	-.615***	-.538***	-.444***	-.438***	-.305**	-.272*	-.406***	-.369**
Rec Dep	.677*	.324**	-.520**	.547*	.590***	-.673***	.596***	.552***	.388***	.442***	.241*	.160	.275*	.234*
Rec Amen	.303**	.219	-.256*	.273*	.292*	-.280*	.200	.093	.248*	.097	.245*	.367**	.452***	.452***
Recon pos	-.739**	-.387**	.662***	-.669***	-.634***	.728**	.613***	-.578***	-.376***	-.496***	-.333**	-.250*	-.326**	-.285*
Recon dep	.652***	.276*	-.667***	.606***	.569***	-.651***	.531***	.485***	.321***	.439***	.236*	.146	.193	.152
Recon Amen	.441***	.445**	-.088	.343**	.345**	-.402***	.400	.439***	.265*	.289*	.414***	.424***	.544***	.537***

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Dep= Proporción palabras depresivas auto-asignadas; Asign Amen= Proporción palabras amenazantes auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo de palabras positivas auto-asignadas; Rec Dep= Proporción recuerdo de palabras depresivas auto-asignadas; Rec amen= Proporción recuerdo de palabras amenazantes auto-asignadas; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-asignadas; Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-asignadas; Recon Amen= Proporción de recuerdo palabras amenazantes auto-asignadas.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo1; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS N° Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 27. Correlaciones bivariadas entre variables e índices de la SRIRT.

	BDI-II	BAI	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NºVec	THS MalEmo	THS DurMal
Asign Pos	-.269	-.012	.269	-.307	-.515**	.575***	-.191	-.280	-.031	-.096	-.150	-.154	-.302	-.315
Asign Dep	.167	-.112	-.346*	.245	.361*	-.429**	.052	.152	-.073	.005	-.006	-.025	.087	.080
Asign Amen	.292	.345*	.209	.182	.442**	-.422**	.393*	.363*	.291	.255	.438**	.504**	.608***	.663***
Rec Pos	-.336*	.026	.264	-.234	-.444**	.549***	-.241	-.187	-.156	-.100	-.035	-.078	-.334*	-.345*
Rec Dep	.227	-.087	-.175	.156	.343*	-.469**	.227	.227	.066	.097	-.029	-.046	.127	.132
Rec Amen	.262	.121	-.211	.186	.258	-.227	.056	-.060	.202	.018	.132	.259	.459**	.472**
Recon pos	-.232	.104	.373*	-.354*	-.374*	.477**	-.022	-.104	.125	.058	-.087	-.080	-.193	-.201
Recon dep	.089	-.240	-.432**	.258	.258	-.324*	-.096	-.056	-.165	-.124	-.051	-.078	-.044	-.047
Recon Amen	.315	.370*	.234	.168	.215	-.285	.274	.387*	.130	.182	.334*	.386*	.562***	.590

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Dep= Proporción palabras depresivas auto-asignadas; Asign Amen= Proporción palabras amenazantes auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo de palabras positivas auto-asignadas; Rec Dep= Proporción recuerdo de palabras depresivas auto-asignadas; Rec amen= Proporción recuerdo de palabras amenazantes auto-asignadas; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-asignadas; Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-asignadas; Recon Amen= Proporción de recuerdo palabras amenazantes auto-asignadas.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo1; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS Nº Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 28. Correlaciones bivariadas entre variables e índices de la SRIRT en el grupo con TDM.

	BDI-II	BAI	EA alegre T1	EA triste T1	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NºVec	THS MalEmo	THS DurMal
Asign Pos	-.348*	.034	.392*	-.142	-.122	.278	-.244	-.251	-.199	-.198	-.109	-.214	-.060	-.060
Asign Dep	.377*	-.076	-.431**	.147	.158	-.229	.201	.239	.146	.240	.033	.058	-.034	-.019
Asign Amen	-.004	.130	.025	.016	-.078	-.202	.178	.090	.196	-.076	.243	.495**	.285	.241
Rec Pos	-.241	.120	.178	-.295	-.062	.115	-.029	-.039	.012	.103	-.277	-.448**	.022	.018
Rec Dep	.219	-.170	-.163	.215	.042	-.040	-.044	.083	-.108	-.035	-.016	-.049	-.178	-.179
Rec Amen	.091	.085	-.066	.187	.043	-.136	.110	-.053	.133	-.127	.485*	.817***	.218	.224
Recon pos	-.231	.069	.429**	-.261	-.111	.204	-.160	-.279	-.054	-.213	-.006	.071	.088	.062
Recon dep	.277	-.065	-.439**	.241	.137	-.189	.168	.274	.064	.203	-.053	-.091	-.067	-.041
Recon Amen	-.201	-.017	.035	.098	-.114	-.072	-.033	.025	-.042	.048	.266	.090	-.097	-.097

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Asign Pos= Proporción palabras positivas auto-asignadas; Asign Dep= Proporción palabras depresivas auto-asignadas; Asign Amen= Proporción palabras amenazantes auto-asignadas; Rec Pos= Proporción recuerdo de palabras positivas auto-asignadas; Rec Dep= Proporción recuerdo de palabras depresivas auto-asignadas; Rec amen= Proporción recuerdo de palabras amenazantes auto-asignadas; Recon Pos= Proporción reconocimiento de palabras positivas auto-asignadas; Recon Dep= Proporción reconocimiento de palabras depresivas auto-asignadas; Recon Amen= Proporción de recuerdo palabras amenazantes auto-asignadas.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T1= estado de ánimo alegre en el tiempo 1; EA triste T1= estado de ánimo triste en el tiempo1; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS Nº Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional.

Tabla 29. Correlaciones bivariadas entre variables e índices de la SRIRT en el grupo control.

2. Índices de recuerdo de adjetivos auto-referentes

1. Proporción de recuerdo de material depresivo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 27). El recuerdo de palabras depresivas auto-referentes correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos, el total de traumas, el malestar emocional y la duración del malestar, mientras que correlacionó negativamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 28 y 29). Para el grupo con TDM el recuerdo de palabras depresivas auto-referentes correlacionó positivamente con los esquemas negativos latentes y negativamente con la autoestima. Para el GC no se encontraron correlaciones significativas.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal, para el grupo con TDM, con el fin de analizar el papel predictivo de las variables relacionadas con el recuerdo de material depresivo auto-referente. En este caso se introdujeron en la ecuación de regresión los esquemas negativos latentes y la autoestima. El modelo de regresión explicó un 23,2% de la varianza (R^2 corregida, $p < .05$), siendo la autoestima la variable con poder predictivo ($\beta = -.40$; $p < .05$).

De acuerdo con estos resultados, se consideró el posible papel mediador de los niveles de autoestima de los participantes con TDM en la relación entre los esquemas negativos latentes y el recuerdo de material depresivo auto-referente. Según el procedimiento propuesto por Baron y Keny (1986), para producirse una mediación, en primer lugar tiene que haber correlaciones significativas entre las variables predictoras (i.e., esquemas negativos latentes) y mediadora (i.e., autoestima), así como de ambas

con la variable criterio (i.e., recuerdo de material depresivo auto-referente). Análisis de correlaciones bivariadas mostraron dichas relaciones significativas entre autoestima y esquemas negativos latentes ($r = -.54, p < .001$); autoestima y recuerdo de material depresivo ($r = -.47, p < .01$); y esquemas negativos latentes y recuerdo de material depresivo ($r = .34, p < .05$), en el grupo con TDM.

El siguiente paso en un análisis de mediación consiste en realizar un análisis de regresión introduciendo ambos factores predictor y mediador conjuntamente a la hora de analizar su papel predictivo de la variable criterio. Este mismo análisis ha sido presentado previamente y nuestros resultados indican, de acuerdo con los criterios propuestos por Baron y Kenny (1986) que la autoestima fue un mediador total de la relación entre esquemas negativos latentes y recuerdo de material depresivo auto-referente en el grupo con TDM. La representación gráfica de dicha mediación se presenta en la figura 17.

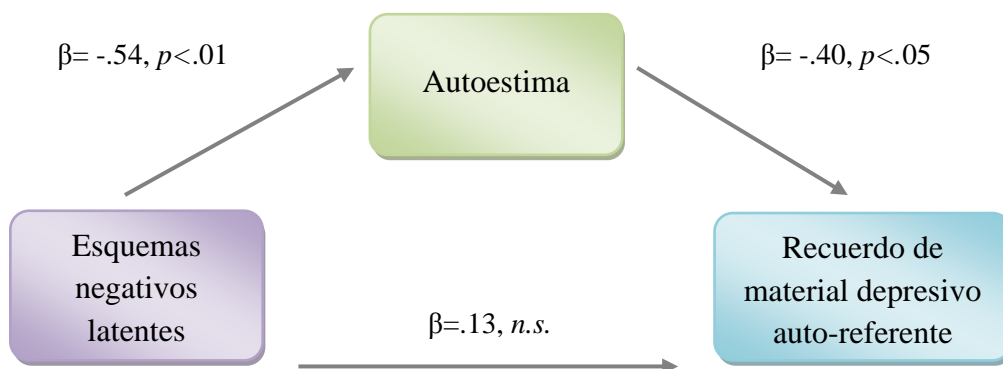


Figura 17. Papel mediador de la variable autoestima en la relación de los esquemas negativos latentes y el recuerdo de material depresivo auto-referente en el grupo con TDM.

2. Proporción de recuerdo de material positivo auto-referente

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 27). El recuerdo de palabras positivas auto-referentes correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos, y los cuatro índices de trauma, mientras que correlacionó positivamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 28 y 29). Para el grupo con TDM el recuerdo de palabras positivas auto-referentes correlacionó negativamente con los esquemas negativos latentes, y con el malestar emocional del THS y positivamente con la autoestima. Para el GC el recuerdo de palabras positivas auto-referentes correlacionó con el total de traumas.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal para el grupo con TDM con el fin de analizar el papel predictivo de las variables relacionadas con el recuerdo de material positivo auto-referente. En este caso se introdujeron en la ecuación de regresión los esquemas negativos latentes y la autoestima. El modelo de regresión explicó el 33,3% de la varianza (R^2 corregida, $p < .01$), siendo la autoestima la variable con poder predictivo ($\beta = .437$; $p < .001$).

De acuerdo con estos resultados, nuevamente consideramos el posible papel mediador de los niveles de autoestima de los participantes con TDM, en este caso en la relación entre los esquemas negativos latentes y el recuerdo de material positivo auto-referente. En primer lugar, análisis de correlaciones bivariadas confirmaron la presencia de relaciones significativas entre autoestima y esquemas negativos latentes ($r = -.54$, $p < .001$); así como entre autoestima y recuerdo de material positivo ($r = .55$, $p < .01$); y

entre esquemas negativos latentes y recuerdo de material positivo ($r = -.44, p < .01$), en el grupo con TDM

El siguiente paso en el análisis de mediación, como ha sido comentado, consiste en la realización de un análisis de regresión introduciendo ambos factores predictor y mediador conjuntamente a la hora de analizar su papel predictivo de la variable criterio. Este análisis ha sido presentado previamente y nuestros resultados indican que la autoestima fue un mediador total de la relación entre esquemas negativos latentes y recuerdo de material positivo auto-referente en el grupo con TDM. La representación gráfica de dicha mediación se presenta en la figura 18.

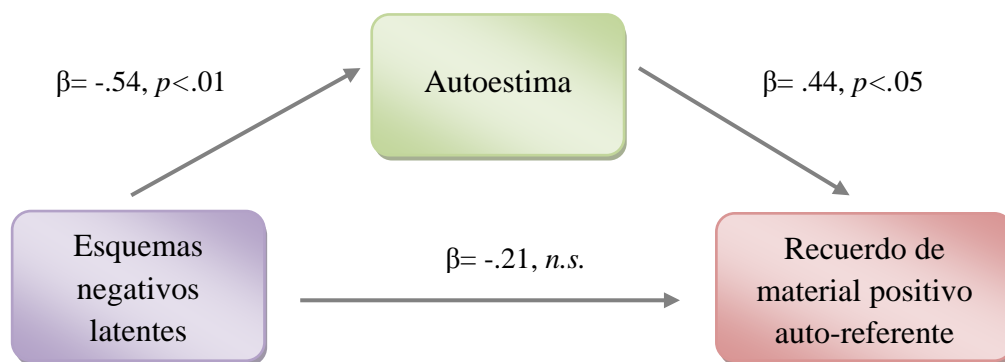


Figura 18. Papel mediador de la variable autoestima en la relación de los esquemas negativos latentes y el recuerdo de material positivo auto-referente en el grupo con TDM.

3. Índices de reconocimiento de de adjetivos auto-referentes

1. Proporción de reconocimiento de material depresivo

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 27). El reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos, y el total de traumas, mientras que correlacionó negativamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 28 y 29). Para el grupo con TDM el reconocimiento de palabras depresivas auto-referentes correlacionó positivamente con la autoestima. Para el GC no se encontraron correlaciones significativas con el reconocimiento de material depresivo.

De este modo, nuestros análisis muestran que el único factor cognitivo relacionado con una mayor proporción de reconocimiento de material depresivo auto-referente en el grupo TDM fue la variable autoestima que explicó un 10,5% de la varianza ($\beta = -.324, p < .05$).

2. Proporción de reconocimiento de material positivo

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 27). El reconocimiento de palabras positivas auto-referentes correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, y la supresión de pensamientos, mientras que correlacionó positivamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 28 y 29). Para el grupo con TDM el

reconocimiento de palabras positivas auto-referentes correlacionó negativamente con los esquemas negativos, y positivamente con la autoestima. Para el GC no se encontraron correlaciones significativas con el reconocimiento de material positivo.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal para el grupo con TDM con el fin de analizar el papel predictivo de las variables relacionadas con el reconocimiento de material positivo auto-referente. En este caso se introdujeron en la ecuación de regresión los esquemas negativos latentes y la autoestima. El modelo de regresión explicó un 24,7% de la varianza (R^2 corregida, $p < .01$), siendo la autoestima la variable con poder predictivo ($\beta = .39$; $p < .05$).

De acuerdo con estos resultados, nuevamente consideramos el posible papel mediador de los niveles de autoestima de los participantes con TDM, en este caso en la relación entre los esquemas negativos latentes y el reconocimiento de material positivo auto-referente. En primer lugar, los análisis de correlaciones bivariadas confirmaron la presencia de relaciones significativas entre autoestima y esquemas negativos latentes ($r = -.54$, $p < .001$); autoestima y reconocimiento de material positivo ($r = .48$, $p < .01$); y esquemas negativos latentes y reconocimiento de material positivo ($r = -.37$, $p < .05$), en el grupo con TDM.

El siguiente paso en el análisis de mediación, consistente en realizar un análisis de regresión introduciendo ambos factores predictor y mediador conjuntamente a la hora de analizar su papel predictivo de la variable criterio, ha sido previamente presentado. Nuestros resultados indican que la autoestima fue un mediador total de la relación entre esquemas negativos latentes y reconocimiento de material positivo auto-referente en el grupo con TDM. La representación gráfica de dicha mediación se presenta en la figura 19.

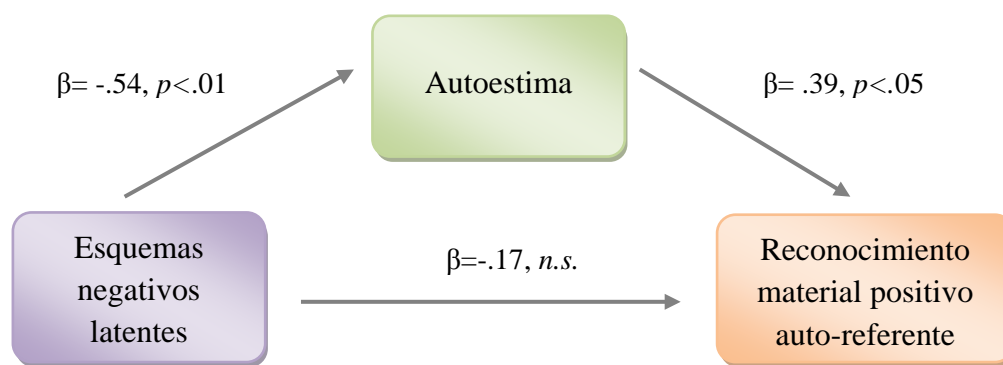


Figura 19. Papel mediador de la variable autoestima en la relación de los esquemas negativos latentes y el reconocimiento de material positivo auto-referente en el grupo con TDM.

6.7.7. Relaciones entre variables e índices de recuerdo autobiográfico en los cinco recuerdos

1. Proporción de recuerdo autobiográfico negativo en los cinco recuerdos

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico negativo correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas negativos latentes, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos y los cuatro índices de trauma, mientras que correlacionó positivamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para el grupo con TDM el recuerdo autobiográfico negativo correlacionó positivamente con la sintomatología ansiosa. Para el GC no se encontraron correlaciones significativas. De este modo, no se observaron relaciones específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico negativo en los cinco recuerdos.

	BDI-II	BAI	EA alegre T2	EA triste T2	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NVec	THS MalEmo	THS DurMal
Rec Autob Neg	.445***	.415***	-.502***	.302**	.272*	-.426***	.432***	.327**	.253*	.428***	.323**	.293**	.299**	.242*
Rec Espec	-.313**	-.135	.146	-.124	-.082	.168	-.216	-.203	-.020	-.143	-.191	-.123	.054	.060
Rec Extend	.059	.012	.076	-.027	-.022	.033	.091	.107	.044	.044	-.010	-.119	-.089	-.068
Rec Categ	.348**	.154	-.281*	.195	.134	-.261*	.182	.148	-.023	.139	.265*	.300**	.031	-.001
Rec Espec Pos	-.457***	-.348**	.434***	-.276*	-.226*	.416***	-.379**	-.306**	-.161	-.349**	-.313**	-.238*	-.247*	-.187
Rec Espec Neg	.159	.222	-.306**	.163	.153	-.266*	.177	.113	.148	.221	.133	.124	.316**	.258*
Rec Categ Pos	.120	-.090	-.189	.118	-.011	-.126	-.056	-.045	-.156	.017	-.019	-.007	-.049	-.090
Rec Categ Neg	.393***	.248*	-.269*	.194	.181	-.276*	.268*	.217	.051	.173	.357**	.396**	.066	.046
Rec Espec Pos 1 rec	-.379**	-.272*	.381**	-.240*	-.209	.424***	-.352**	-.269*	-.263*	-.263*	-.202	-.199	-.274*	-.269*
Rec Espec Neg 1 rec	.302**	.253*	-.382**	.219	.149	-.372**	.239*	.129	.145	.177	.147	.156	.212	.166

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS N° Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo; Rec Espec= Proporción de recuerdo autobiográfico específico; Rec Extend = Proporción de recuerdo autobiográfico extendido; Rec Categ = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico; Rec Espec pos = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo; Rec Espec Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo; Rec Categ pos = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico positivo; Rec Categ Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico negativo Rec Espec pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Espec Dep 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 30. Correlaciones parciales entre variables e índices de memoria autobiográfica para el total de la muestra.

	BDI-II	BAI	EA alegre T2	EA triste T2	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NVec	THS MalEmo	THS DurMal
Rec Autob Neg	.231	.347*	-.396*	-.055	-.051	-.275	.185	.064	.053	.106	.278	.283	.201	.167
Rec Espec	.082	.166	-.176	.215	.297	-.253	.246	.262	.236	.234	-.040	.026	.026	.246
Rec Extend	-.063	-.044	.223	-.199	-.094	.252	.079	.116	-.019	.081	-.133	-.259	-.259	-.232
Rec Categ	-.021	-.144	-.044	-.123	-.208	-.208	-.228	-.280	-.224	-.218	.173	.230	-.121	-.127
Rec Espec Pos	-.125	-.189	.242	.186	.146	.120	.020	.054	.205	-.016	-.193	-.148	-.066	-.026
Rec Espec Neg	.173	.295	-.348*	.109	.127	-.311	.189	.091	.194	.208	.127	.145	.344*	.299
Rec Categ Pos	-.127	-.351*	-.047	-.036	-.203	.033	.227	-.245	-.262	-.273	-.122	-.118	-.184	-.216
Rec Categ Neg	.040	.023	-.033	-.144	-.167	-.011	-.196	-.187	-.315	-.222	.295	.369*	-.061	-.052
Rec Espec Pos 1 rec	-.233	-.245	.253	.039	-.088	.281	-.250	-.142	-.131	-.136	-.089	-.113	-.143	-.177
Rec Espec Neg 1 rec	.310	.213	-.334*	.107	.032	-.322*	.159	-.092	.128	.114	.146	.178	.123	.094

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; ; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS N° Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo; Rec Espec= Proporción de recuerdo autobiográfico específico; Rec Extend = Proporción de recuerdo autobiográfico extendido; Rec Categ = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico; Rec Espec pos = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo; Rec Espec Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo; Rec Categ pos = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico positivo; Rec Categ Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico negativo Rec Espec pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Espec Dep 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 31. Correlaciones parciales entre variables e índices de memoria autobiográfica en el grupo TDM.

	BDI-II	BAI	EA alegre T2	EA triste T2	TPD	RSQ	RRS	<i>Brooding</i>	<i>Reflection</i>	WBSI	THS Total Traumas	THS NVec	THS MalEmo	THS DurMal
Rec Autob Neg	.067	-.057	-.289	.306	.187	-.083	.208	.101	.021	.277	-.136	-.019	-.036	.202
Rec Espec	.062	.016	-.062	-.026	.152	-.155	.055	.017	.019	.105	-.066	-.132	-.062	-.077
Rec Extend	-.122	-.146	.116	.001	-.177	.069	-.094	-.065	-.029	-.115	.143	.127	.093	.120
Rec Categ	.147	.276	-.130	.076	.025	.281	.091	.128	.022	-.002	-.192	.052	-.067	-.097
Rec Espec Pos	.131	.233	.142	-.167	.108	.020	-.002	.028	.076	-.093	-.079	-.063	-.229	-.167
Rec Espec Neg	-.066	-.218	-.218	.145	.058	-.196	.064	-.011	-.056	.219	.008	-.083	.169	.088
Rec Categ Pos	-.138	.254	-.144	-.018	-.164	.108	-.167	-.084	-.021	.041	-.074	.194	.118	.071
Rec Categ Neg	.284	.138	-.048	.106	.155	.260	.237	.219	.043	-.033	-.177	-.084	-.171	-.172
Rec Espec Pos 1 rec	.115	.238	.172	-.022	.216	.177	.031	.086	-.018	.009	-.057	-.158	-.286	-.257
Rec Espec Neg 1 rec	-.064	-.190	-.289	.097	-.020	-.288	.041	.072	-.120	.018	-.148	-.152	.252	.170

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BDI-II= inventario de depresión de Beck; BAI= inventario de ansiedad de Beck; ; EA alegre T2= estado de ánimo alegre en el tiempo 2; EA triste T2= estado de ánimo triste en el tiempo 2; TPD= tarea de palabras desordenadas; RSQ= cuestionario de autoestima de Rosenberg; RRS= escala de respuestas rumiativas; WBSI= inventario de supresión de pensamientos; THS Total Traumas= Trauma History Screen número total de traumas; THS N° Veces= Número de veces traumas; THS MalEmo= Malestar emocional; THS DurMal= Duración del malestar emocional; Rec Autob Neg = Proporción de recuerdo autobiográfico negativo; Rec Espec= Proporción de recuerdo autobiográfico específico; Rec Extend = Proporción de recuerdo autobiográfico extendido; Rec Categ = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico; Rec Espec pos = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo; Rec Espec Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo; Rec Categ pos = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico positivo; Rec Categ Dep = Proporción de recuerdo autobiográfico categórico negativo Rec Espec pos 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo; Rec Espec Dep 1 rec = Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo.

Tabla 32. Correlaciones parciales entre variables e índices de memoria autobiográfica en el grupo control.

2. Proporción de recuerdo autobiográfico específico en los cinco recuerdos

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico específico correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para ambos grupos no se encontraron correlaciones significativas. De este modo, no se observaron relaciones específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico específico en los cinco recuerdos.

3. Proporción de recuerdo autobiográfico categórico en los cinco recuerdos

En primer lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico categórico correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva, el total de traumas, y el nº de veces, mientras que correlacionó negativamente con la autoestima.

En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para ambos grupos no se encontraron correlaciones significativas. De este modo, no se observaron relaciones específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico categórico en los cinco recuerdos.

4. Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en los cinco recuerdos

En primer lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico específico positivo correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, los esquemas

negativos latentes, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos y los cuatro índices de trauma, mientras que correlacionó positivamente con la autoestima.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para ambos grupos no se encontraron correlaciones significativas, no observándose, por tanto, relaciones específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico específico positivo en los cinco recuerdos.

5. Proporción de recuerdo autobiográfico categórico negativo en los cinco recuerdos

En primer lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico categórico negativo correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva, el estilo rumiativo y los cuatro índices de trauma y negativamente con la autoestima.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para el grupo con TDM el recuerdo autobiográfico categórico negativo correlacionó positivamente con el nº de veces de traumas. Para el GC no se encontraron correlaciones significativas. De este modo, no se observaron tampoco relaciones específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico categórico negativo en los cinco recuerdos.

6. Proporción de recuerdo autobiográfico categórico positivo en los cinco recuerdos

Se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30), no se encontraron correlaciones significativas con ninguna variable.

6.7.8. Relaciones entre variables e índices de recuerdo autobiográfico en el primer recuerdo

1. Proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo

En primer lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo de autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, y con el estilo rumiativo y negativamente con la autoestima.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32). Para el grupo TDM el recuerdo autobiográfico específico negativo en el primer recuerdo correlacionó negativamente con la autoestima, no observándose esta relación significativa en el grupo control.

De este modo, nuestros análisis muestran que el único factor cognitivo relacionado con una mayor proporción de recuerdo autobiográfico específico negativo en el grupo TDM fue la variable autoestima que explicó un 10,4% de la varianza ($\beta = -.322, p < .05$).

2. Proporción de recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo

En primer lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para el total de la muestra (véase la tabla 30). El recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, el estilo rumiativo, la supresión de pensamientos y los cuatro índices de trauma, mientras que correlacionó positivamente con la autoestima.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones bivariadas para cada grupo de participantes (véase las tablas 31 y 32), no encontrándose correlaciones significativas en ninguno de los dos grupos. De este modo, no se observaron relaciones

específicas en el grupo con TDM entre variables cognitivas de vulnerabilidad y el recuerdo autobiográfico específico positivo en el primer recuerdo.

6.8. Conclusiones del estudio 2

En la Tabla 33 se presenta una síntesis de los resultados obtenidos para cada una de las hipótesis planteadas en el estudio, que, asimismo, pasamos a describir y comentar a continuación en los siguientes apartados.

Hipótesis	Predicción	Resultados
H1	↑ Auto-asignación material negativo	Confirmada
	↓ Auto-asignación material positivo	
H2	↑ Recuerdo material negativo auto-asignado	Confirmada
	↓ Recuerdo material positivo auto-asignado	
H3	↑ Reconocimiento material negativo auto-asignado	Confirmada
	↓ Reconocimiento material negativo auto-asignado	
H4	↑ Recuerdo material negativo autobiográfico	Confirmada
	↓ Recuerdo material positivo autobiográfico	
H5	↑ Recuerdo autobiográfico general-categorico	Confirmada
	↓ Recuerdo autobiográfico específico	
H6	Relación de los esquemas negativos con el recuerdo de material negativo auto-referente sólo en el grupo TDM.	Confirmada
H7	Relación de la autoestima con el recuerdo depresivo auto-referente en los participantes con TDM.	Confirmada
H8	Relaciones del estilo rumiativo, y la supresión de pensamientos con el recuerdo de material depresivo auto-referente en el grupo TDM.	No confirmada
H9	Relaciones de los esquemas negativos con el recuerdo de material autobiográfico negativo en el grupo TDM.	No confirmada
H10	Relación de la autoestima con el recuerdo de material autobiográfico negativo en el grupo TDM.	Confirmada
H11	Relaciones del estilo rumiativo, y la supresión de pensamientos con el recuerdo de material negativo autobiográfico sólo en los participantes con TDM.	No confirmada

Tabla 33. Síntesis de resultados obtenidos en el estudio 2.

Funcionamiento cognitivo en personas con depresión

Los resultados de nuestro estudio son consistentes con los hallazgos previos, ya revisados en la parte introductoria de esta tesis, en cuanto a que personas con TDM se caracterizan por mostrar un patrón cognitivo negativamente sesgado. En este caso, los participantes con TDM mostraron mayores niveles de esquemas negativos latentes, menor autoestima, una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos, y un mayor estilo de pensamiento rumiativo que los participantes control. De manera interesante, en comparación a lo que encontramos en el primer estudio con participantes con vulnerabilidad (quienes sólo se diferenciaban en el componente desadaptativo de la rumiación, *brooding*), los pacientes clínicamente deprimidos mostraron diferencias tanto para el componente *brooding*, como para el componente *reflection*. Esto apoyaría estudios previos, los cuales han mostrado que durante el episodio depresivo ambos componentes de la rumiación serían elevados, ya que a corto plazo ambos se relacionan con elevados niveles de sintomatología depresiva (p. ej.: Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003; Joormann y cols, 2006).

También de manera consistente con la literatura previa, encontramos que los pacientes con TDM informaron de haber experimentado con mayor frecuencia eventos traumáticos, así como de haberlos experimentado con un mayor malestar emocional. Como ya comentamos, la literatura previa ha mostrado que personas que han sufrido episodios depresivos son más propensas a haber experimentado eventos de vida negativos o estresantes confiriéndoles mayor vulnerabilidad cognitiva a deprimirse (ver revisiones en Brewin y cols., 1993 y Hammen, 2005). De hecho, en nuestro estudio encontramos que los índices de eventos traumáticos (como, por ejemplo, el total de traumas experimentados) estaban relacionados con una mayor presencia de esquemas

negativos latentes, menor autoestima, mayor estilo rumiativo, y mayor tendencia a la supresión de pensamientos negativos, lo cual apoyaría esta idea.

Estos índices cognitivos mostraron, también, elevadas relaciones entre sí. Por ejemplo, un alto nivel de esquemas negativos latentes se relacionó fuertemente con una disminución de la autoestima explícita ($r=.62$; $p<.001$). A su vez, ambas variables se relacionaron con la tendencia a suprimir pensamientos negativos, así como con la tendencia a rumiar ($r=.54$; $p<.001$ y $r=.58$; $p<.001$, respectivamente en el caso de los esquemas negativos; y $r=.66$; $p<.001$ y $r=.57$; $p<.001$, en el caso de la autoestima). Además, estas relaciones se mantuvieron significativas una vez controlada la sintomatología depresiva (excepto en la relación de los esquemas negativos con la rumiación y la supresión de pensamientos). Estos resultados sugerirían que la interacción de estos factores contribuiría a la vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Además, como también vimos, estos factores se relacionaron con diferentes sesgos en el recuerdo de información auto-referente y autobiográfica, por lo que podrían estar relacionados con el mantenimiento del estado de ánimo deprimido.

Por último, también observamos que la supresión de pensamientos negativos y el estilo rumiativo estaban fuertemente relacionados entre sí ($r=.70$; $p<.001$), incluso controlando la sintomatología depresiva. Estos resultados apoyarían estudios previos (p. ej.: Wenzlaff y Luxton, 2003), así como los resultados hallados en el estudio 1, sugiriendo que ambos constructos no son procesos opuestos, sino que elevadas tendencias en uno se relacionarían con elevadas altas tendencias en el otro. En este sentido, Wenzlaff y Luxton encontraron que elevados niveles de supresión de pensamientos en interacción con elevados niveles de estrés, predijeron a largo plazo una mayor reacción rumiativa.

Recuerdo de información auto-referente y autobiográfica

Nuestros resultados indican que el procesamiento de información auto-referente en personas con TDM personas se encontraría negativamente sesgado. En primer lugar, observamos que mientras los participantes control sin depresión se auto-adscribían un mayor porcentaje de palabras positivas que negativas, los participantes clínicamente deprimidos mostraban un porcentaje similar de palabras positivas y depresivas. Además, consistentemente con nuestras hipótesis estos últimos se auto-asignaron un mayor número de palabras negativas, así como un menor número de palabras positivas, que los participantes sin depresión (H1). También vimos en los resultados que la auto-adscripción de palabras amenazantes era superior en personas con TDM, no obstante, los porcentaje hallados de auto-adscripción de esta material en ambos grupos fueron bajos (véase la figura 14).

Nuestros resultados también apoyarían nuestras hipótesis respecto al recuerdo y al reconocimiento de material auto-referente. En cuanto a la tarea de recuerdo libre, los participantes con TDM también mostraron un porcentaje de recuerdo similar para información positiva y depresiva. Esto no sería consistente con el modelo de activación de esquemas congruentes con el estado de ánimo, el cual ha mostrado que personas con depresión clínica se auto-adscriben y recuerdan más información negativa que positiva porque sus esquemas negativos se encuentran activos (Matt y cols., 1992). No obstante, nuestros resultados no serían inconsistentes con otra serie de estudios que también han mostrado que no hay diferencias en la auto-adscripción y en el recuerdo de material positivo y negativo (p. ej.: Dozois y Dobson, 2001b; Gotlib y cols., 2004). Tal vez diferencias en la severidad del estado de ánimo deprimido podrían explicar la diferencia entre los resultados obtenidos en los estudios. Consistentemente con nuestra hipótesis,

los participantes con TDM mostraron un mayor recuerdo para información depresiva auto-referente, así como un menor recuerdo de información positiva auto-referente, en comparación con los participantes sin depresión (H2), mientras que no se encontraron diferencias entre grupos respecto al recuerdo de material amenazante.

En cuanto a la tarea de reconocimiento también hallamos que los participantes con TDM mostraron un mayor reconocimiento para información depresiva y amenazante auto-referente (aunque el porcentaje de recuerdo de éste último fue muy bajo en ambos grupos), así como un menor reconocimiento de información positiva, en comparación con los participantes control (H3). En este caso, además, sí encontramos que los participantes del grupo con TDM reconocieron un mayor número de palabras depresivas que positivas.

Este patrón negativo de recuerdo fue también observado mediante la tarea de memoria autobiográfica. En este sentido, los participantes con TDM mostraron un recuerdo superior de material autobiográfico negativo que positivo, mientras que los participantes controles mostraron un recuerdo más elevado de experiencias positivas que negativas. Además, las comparaciones por grupo mostraron el mismo patrón que el hallado con el recuerdo de información auto-referente: Los participantes del grupo con TDM recordaron más sucesos negativos y menos sucesos positivos que los participantes del grupo control (H4). Como comentamos anteriormente, la mayoría de estudios que han evaluado el recuerdo autobiográfico congruente con el estado de ánimo han utilizado la metodología de la respuesta al ítem (con fin de evaluar también la especificidad de los recuerdos), donde se presentan palabras de diferente contenido emocional. Estos estudios han mostrado resultados inconsistentes respecto a si las personas con depresión son más rápidas (o más lentas) en evocar recuerdos a partir de la presentación de palabras negativas (o positivas). Por ejemplo, Williams y Scott (1986)

encontraron que personas con TDM eran más rápidas en respuesta a palabras negativas, mientras que Goddard y cols. (1996) encontraron que eran menos rápidos en respuesta a palabras negativas. Sin embargo, otra serie de estudios, no han encontrado diferencias en los tiempos de reacción para palabras positivas y negativas entre personas con y sin depresión (p. ej.: Birch y Davidson, 2007, Brewin y cols. 1998; Kuyken y Dalglish, 1995; Scott y cols., 2000).

Nuestros resultados, por tanto, indicarían que el procesamiento mnemónico de personas con TDM se halla negativamente sesgado tanto cuando tienen que recuperar información auto-referente, como cuando tienen que recuperar información autobiográfica. De manera interesante, como también vimos en el estudio 1 con población vulnerable, encontramos que el recuerdo de información auto-referente se relacionaba con el recuerdo de información autobiográfica. En este sentido, un mayor recuerdo (y reconocimiento) de información auto-referente positiva se relacionaba con un mayor recuerdo de información positiva autobiográfica, y un menor recuerdo de información negativa. Lo mismo sucedía con el recuerdo (y el reconocimiento) de información negativa auto-referente pero en dirección opuesta. Estos resultados, junto a los hallados en el estudio 1, sugerirían que ambos sistemas de memoria podrían estar interconectados, y que por tanto una mayor accesibilidad a la información contenida en un sistema (p. ej.: recuerdo de información negativa auto-referente) podría conllevar a una mayor accesibilidad a la información contenida en el otro sistema (p. ej.: recuerdo de información negativa autobiográfica). Como ya comentamos, la estructura cerebral encargada de la formación de las representaciones internas del *self*, también parece encargarse de las ruminaciones (Disner y cols., 2011). De este modo, un mayor procesamiento de información negativa auto-referente, en personas con TDM, podría conllevar también a un mayor procesamiento de otras informaciones de carácter

negativo que tengan que ver con uno mismo, como eventos personales negativos, como consecuencia de una alta tendencia a la rumiación. Y lo mismo podría ocurrir al revés, el hecho de recordar en gran medida eventos personales negativos podría facilitar, a su vez, la presencia de otros recuerdos personales negativos, referidos a información auto-referente. De manera consistente con esta idea, Hertel y El-Messidi (2006) hallaron que personas disfóricas inducidas a rumiar recuperaron más información procesada de manera auto-referente que personas inducidas a distraerse, mientras que no se encontraron diferencias entre ambos grupos (disfóricos + rumiación y disfóricos + distracción) en el material procesado como no auto-referente. Estos resultados también sugerirían que las personas disfóricas enganchadas en sí mismas (es decir, que están rumiando sobre a ellas mismas) mostrarían un “enganche” o un procesamiento superior de información que tiene que ver con ellos mismos.

Recuerdo autobiográfico sobregeneralizado

A partir de la tarea de memoria autobiográfica también evaluamos el patrón de especificidad y generalización del recuerdo autobiográfico. La investigación realizada ha mostrado datos consistentes respecto a la presencia de un patrón menos específico y/o más general de recuerdo en participantes con TDM (ver revisión en Williams y cols., 2007). La mayoría de estos estudios han utilizado la metodología de presentación de palabras clave (Autobiographical Memory Test, AMT; Williams y Broadbent, 1986). En nuestro estudio, utilizando otro tipo de metodología de recuerdo libre de cinco eventos personales, hemos replicado estos hallazgos. En nuestros resultados observamos que, a pesar de que personas con y sin TDM recordaron más recuerdos específicos que generales (extendidos y categóricos), los participantes del primer grupo con TDM mostraron un porcentaje menor de recuerdo específico, y un porcentaje mayor de recuerdo general de tipo categórico, que los participantes controles (H5). También,

como esperábamos, no se encontraron diferencias entre grupos en el patrón de recuerdo extendido. Según Williams (1996, 2006) la búsqueda frustrada de recuerdos específicos daría a lugar un mayor número de recuerdos de eventos generales de tipo categórico, con tal de evitar las consecuencias negativas que supondría este recuerdo específico. Por tanto, se asumiría que lo que diferencia a personas con y sin depresión sería el número de recuerdos generales categóricos, pero no el de generales extendidos. Varios estudios también dan apoyo a esta idea (p. ej.: Mackinger y cols., 2000; Raes y cols., 2008).

Existe inconsistencia entre los estudios respecto a si este patrón de recuerdo más general-categórico y/o menos específico se produciría ante material positivo o negativo. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que participantes con TDM muestran menos recuerdos específicos para material positivo (p. ej.: Moore y cols., 1988). Otros estudios, muestran que se produce una mayor generalización para recuerdos negativos (p. ej.: Brewin y cols., 1998), mientras que otros estudios encuentran que se produce una mayor generalización tanto para material positivo y negativo (p. ej.: Kuyken y Brewin, 1995). En nuestro estudio, encontramos que los participantes del grupo con TDM recordaron menos sucesos específicos positivos, y más sucesos categóricos positivos y negativos, que los participantes del grupo control. Por tanto, estos resultados serían consistentes con los estudios que han encontrado una menor especificidad en respuesta a palabras positivas (p. ej.: Moore y cols., 1988; Williams y Scott, 1988), y aquellos estudios que han encontrado un recuerdo más generalizado tanto para material positivo como para material negativo (p. ej.: Kuyken y Brewin, 1995).

Mediante este análisis también observamos que los participantes controles recordaron más sucesos específicos positivos que negativos, así como más sucesos generales-extendidos positivos que negativos. Sin embargo, los participantes con TDM mostraron un recuerdo similar de eventos positivos que negativos específicos, así como

un recuerdo similar de eventos positivos y negativos extendidos. De manera muy interesante, para el recuerdo de tipo categórico observamos el patrón contrario, mientras que los participantes controles sin patología recordaron un porcentaje similar de eventos categóricos positivos y negativos, los participantes con TDM recordaron más sucesos categóricos negativos que positivos. Por tanto, parece que para eventos autobiográficos recordados de manera específica y general-extendida los participantes con TDM mostrarían un procesamiento similar de información positiva y negativa, pero para el recuerdo de eventos general-categórico mostrarían un procesamiento superior de información negativa que positiva. Por su parte, los participantes control sin patología mostrarían un mayor procesamiento de información positiva para recuerdos específicos y generales-extendidos, pero para información general-categórica su procesamiento de información positiva y negativa sería similar.

Podríamos interpretar estos resultados en base a que, en condiciones normales, una persona recordaría un elevado porcentaje eventos específicos positivos, pues el procesamiento que hace de la información está sesgado hacia lo positivo. Sin embargo cuando la persona se deprime se produciría una disminución de ese recuerdo específico positivo (que, como hemos visto antes, fue inferior en las participantes con TDM respecto a los participantes control) y aumentaría el recuerdo de eventos categóricos tanto para información positiva como negativa.

Posteriormente, se llevó a cabo el mismo análisis utilizando sólo el primer recuerdo evocado, al igual que hicimos en el estudio 1 con la muestra vulnerable. En este análisis sólo se encontraron diferencias para el recuerdo de eventos específicos positivos y negativos (al igual que encontramos en el estudio 1). En este caso, los participantes con TDM mostraron una tendencia a recordar más sucesos específicos negativos que específicos positivos (como también observamos en el estudio 1, con los

participantes con historia de depresión), mientras que los participantes del grupo control sin patología recordaron más sucesos específicos positivos que negativos (al igual que el grupo control nunca deprimido del estudio 1).

Comparaciones por grupos en este primer recuerdo mostraron un patrón similar al que observamos en personas con vulnerabilidad: Los participantes del grupo TDM recordaron más eventos específicos negativos y menos eventos específicos positivos en el primer recuerdo, en comparación al grupo control. Estos resultados podrían sugerir, desde un modelo de la evitación funcional (Williams, 1996, 2006), que los participantes actualmente deprimidos, y los participantes ya recuperados del episodio, mostrarían de un modo inicial (a través del primer recuerdo autobiográfico generado) un patrón similar de recuerdo, caracterizado por una mayor accesibilidad a recuerdos específicos negativos que positivos, además, y en comparación a personas que nunca se han deprimido una mayor accesibilidad a recuerdos específicos negativos, y una menor accesibilidad a recuerdos específicos positivos. Quizás estrategias efectivas de regulación emocional podrían contribuir a que los participantes que se han recuperado del episodio depresivo muestren, más adelante, un patrón más adaptativo, similar al de personas que nunca se han deprimido (recordemos que en cómputo de los cuatro recuerdos en el estudio 1 no encontramos diferencias entre grupos en el patrón de sobregeneralización del recuerdo), mientras que las personas clínicamente deprimidas, a través de esa mayor accesibilidad en el primer recuerdo a eventos específicos negativos, que afectarían negativamente a su estado de ánimo, podrían utilizar estrategias de evitación que facilitarían en los subsiguientes recuerdos un mayor acceso a recuerdos de tipo categórico (como observamos cuando analizamos los cinco recuerdos en el estudio 2). Como vimos en la revisión de la literatura, estos patrones de recuerdo más categóricos, y/o menos específicos para material positivo (tal y como encontramos en

nuestra muestra de participantes con TDM), se relacionarían con un peor pronóstico del trastorno (p. ej.: Brittlebank y cols., 1993; Dalgleish y cols., 2001; Mackinger y cols., 2004).

En resumen, personas con TDM se caracterizarían por un patrón cognitivo sesgado de información auto-referente y autobiográfica: Mayor recuerdo de información negativa y menor recuerdo de información positiva. Estos sistemas, además, parecen estar relacionados entre sí, mostrando que mayores niveles de recuerdo negativo (p. ej.: autobiográfico) en un sistema conllevaría también un mayor recuerdo negativo en el otro sistema (p. ej.: auto-referente). El estilo rumiativo, podría contribuir a este “enganche” a información relacionada con uno mismo. Además, corroboramos, con la metodología de recuerdo libre de cinco sucesos relevantes, la presencia de un patrón de recuerdo autobiográfico más categórico (para palabras positivas y negativas) y menos específico (para palabras positivas) en personas con TDM. De manera pionera, además, hemos comparado la ejecución de los cinco recuerdos con la del primer recuerdo, hallando un patrón más específico para material negativo, que podría contribuir al posterior recuerdo más categórico observado en los cinco recuerdos, según la hipótesis de la evitación funcional desarrollada por Williams (1996, 2006)

Factores cognitivos relacionados con los sesgos de recuerdo

Respecto a los factores cognitivos relacionados con los sesgos de recuerdo de información auto-referente, consistentemente con nuestras hipótesis, encontramos que los esquemas negativos latentes se relacionaron con un mayor recuerdo de material depresivo auto-referente sólo en el grupo de participantes con TDM (H6). También, consistentemente con nuestras hipótesis, bajos niveles de autoestima se relacionaron con menor recuerdo negativo auto-referente en los participantes con TDM (H7). Además de

con el recuerdo negativo, los esquemas negativos latentes también se relacionaron con un menor recuerdo de material positivo auto-referente. Mediante análisis de regresión observamos que las relaciones entre los esquemas negativos y el recuerdo positivo y negativo auto-referente eran mediadas totalmente por la autoestima (H7). Estos resultados parecen sugerir que la presencia de mayores niveles de esquemas negativos latentes en personas actualmente deprimidas podría conllevar a una disminución de su autoestima que, a su vez, se asociaría con la presencia de sesgos de memoria para información relacionada negativamente con su auto-concepto.

Estos resultados serían consistentes con los resultados hallados por Dorenfeldt y Roberts (2006) en una muestra de participantes con y sin disforia, donde se observó que un estilo cognitivo negativo (elevadas actitudes disfuncionales, baja autoestima, y estilo inferencial depresógeno) se relacionaba con mayores sesgos en el recuerdo de información negativa. Sin embargo, estos resultados fueron presentados para el total de la muestra (disfóricos y no disfóricos) y no para ningún grupo en particular. En nuestro estudio hemos encontrado que las relaciones entre esquemas negativos latentes y autoestima sobre el recuerdo de material negativo auto-referente se produjeron de manera específica en personas que estaban actualmente deprimidas.

Respecto al estilo rumiativo y a la supresión de pensamientos, esperábamos que ambos factores estuvieran relacionados con mayores sesgos en el recuerdo de información negativa auto-referente sólo en los participantes con TDM. Por ejemplo, Joormann y cols. (2006) hallaron relaciones entre el estilo rumiativo y el recuerdo de información negativa auto-referente en personas con TDM. En nuestro estudio estas hipótesis fueron confirmadas sólo parcialmente, y, a diferencia de los resultados encontrados por Joormann y cols., (2006), en nuestro estudio encontramos que estas

relaciones se produjeron no sólo para el grupo con TDM sino para el total de la muestra (H8).

Respecto a los factores cognitivos relacionados con los sesgos de recuerdo de información autobiográfica, encontramos que los esquemas negativos latentes se relacionaron con un mayor recuerdo de eventos personales negativos, así como con un menor recuerdo de eventos específicos positivos. Sin embargo, la mayor presencia de esquemas negativos latentes fue un factor relacionado con estos índices para el total de la muestra, no observándose relaciones específicas en el grupo con TDM (H9). Por otro lado, la autoestima se relacionó con todos los índices de recuerdo autobiográfico, como por ejemplo, con un mayor recuerdo específico positivo, así como con un menor recuerdo categórico negativo. Sin embargo estas relaciones también fueron observadas para el total de la muestra. En el caso concreto del recuerdo específico negativo en el primer recuerdo, la autoestima sí se relacionó con este índice específicamente en el grupo de participantes con TDM. Esto parece indicar que un mayor recuerdo de eventos específicos negativos en personas con TDM se explicaría por la presencia de una baja autoestima.

Por último, el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos se relacionaron con un mayor recuerdo autobiográfico negativo, así como con otros índices de recuerdo autobiográfico. Por ejemplo, el estilo rumiativo se relacionó con un menor recuerdo específico positivo y con un mayor recuerdo categórico negativo. Sin embargo, al igual que sucedió en las relaciones de estas variables con los índices de memoria para material auto-referente, las relaciones observadas con los índices de memoria autobiográfica se produjeron para el total de la muestra, no observándose relaciones específicas en el grupo con TDM (H11).

En síntesis, podemos concluir que las personas con TDM se caracterizarían por un procesamiento mnemónico sesgado, tanto para información auto-referente como para información autobiográfica. En este sentido, tanto para material auto-referente como para material autobiográfico, las personas actualmente deprimidas mostraron un mayor recuerdo de información negativa, y un menor recuerdo de información positiva, en comparación a las personas sin depresión. Asimismo, también mostraron un patrón sobregeneralizado de recuerdo autobiográfico, caracterizado por una mayor presencia de recuerdos categóricos (positivos y negativos), y una menor presencia de recuerdos específicos (positivos). Mediante análisis del primer recuerdo evocado, encontramos que los participantes con TDM mostraron más recuerdos específicos negativos que positivos, y, además, a un nivel superior que los participantes del grupo control. Desde un modelo de la evitación funcional, estos resultados podrían indicar que esta primera accesibilidad a recordar eventos negativos de manera específica, la cual tendría efectos negativos en el estado de ánimo de la persona, podría conllevar a la ruptura de una búsqueda específica en los subsiguientes recuerdos (es decir, a una evitación de ellos), mostrando más recuerdos de tipo categórico (Williams, 1996, 2006). Además, en el cómputo de los cinco recuerdos no encontramos diferencias en la recuperación de eventos específicos negativos entre los participantes con y sin depresión. Esta ausencia de diferencias en recuerdos totales podría ser una posible consecuencia de esta evitación de recuerdos específicos negativos por parte de las personas actualmente deprimidas, lo cual haría disminuir su porcentaje de recuerdos específicos negativos en los subsiguientes recuerdos, equiparándose al de personas no deprimidas.

La autoestima mostró ser la variable más fuertemente asociada con la presencia de determinados sesgos en el recuerdo de información auto-referente y autobiográfica (en el primer recuerdo) en participantes con TDM, como la mayor accesibilidad a

información negativa auto-referente, o la mayor presencia de recuerdos específicos negativos en el primer recuerdo evocado. Por su parte, los esquemas negativos latentes mostraron más fuerza prediciendo sesgos en el recuerdo a información auto-referente que autobiográfica. De manera interesante, encontramos que la autoestima medió totalmente las relaciones entre esquemas negativos y sesgos en el recuerdo auto-referente. Esto parece sugerir que elevados niveles de esquemas negativos latentes podrían conllevar bajos niveles de autoestima, que, a su vez, se asociarían con sesgos de memoria para información negativa que es procesada de manera auto-referente.

CAPÍTULO 7. Discusión general y conclusiones

7.1. Resumen de los resultados

En el presente trabajo se han presentado dos estudios mediante los cuales se han examinado posibles sesgos en el recuerdo para información negativa auto-referente y autobiográfica, así como el patrón de sobregeneralización del recuerdo autobiográfico. Además, también se han analizado los posibles factores de vulnerabilidad cognitiva que podrían estar relacionados la presencia de estos sesgos. En el primer estudio se evaluó a una muestra de participantes con historia pasada de depresión (HD), y en el segundo estudio se evaluó a una muestra de pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM).

Los principales resultados obtenidos en estos dos estudios se resumen a continuación:

1. Patrón cognitivo

Los participantes con HD mostraron mayores niveles de esquemas negativos latentes, estilo rumiativo, y supresión de pensamientos negativos, en comparación al grupo control (GC).

Los participantes con TDM mostraron mayores niveles de esquemas negativos latentes, estilo rumiativo, y supresión de pensamientos negativos, y menores niveles de autoestima, en comparación al grupo control (GC).

Estos resultados sugerirían que, a pesar de que el episodio depresivo ha remitido, los participantes con HD continuarían mostrando un patrón cognitivo negativo mayor (aunque en menor intensidad que durante el episodio depresivo) que los participantes que nunca han tenido un episodio depresivo. Este patrón cognitivo podría estar relacionado con posibles sesgos en el procesamiento de la información (i.e., atención, memoria), que podrían, también, aumentar la probabilidad de que la persona volviera a deprimirse.

La literatura experimental ha demostrado extensamente el papel que juegan los esquemas negativos (o actitudes disfuncionales), el estilo rumiativo y la supresión de pensamientos como factores de vulnerabilidad a la depresión. Por ejemplo, diferentes estudios han encontrado que elevados niveles de actitudes disfuncionales, en interacción con elevados niveles de estrés, son predictores de sintomatología depresiva a largo plazo (p. ej.: Abela y D'Alessandro, 2002). Por su parte, Nolen-Hoksema (1991), fue la primera en encontrar que la adopción de un estilo de respuesta rumiativo en respuesta a los primeros síntomas depresivos, se relacionaba con una mayor duración e intensificación de éstos. Posteriormente, Just y Alloy (1997) encontraron que elevados niveles de estilo rumiativo en personas sin patología, evaluado a través de la escala de respuestas rumiativas (RRS), se relacionaba en un seguimiento de 18 meses con una mayor probabilidad de experimentar un episodio depresivo. Por último, Beevers y Meyer (2004) mostraron que una elevada tendencia a suprimir pensamientos molestos predecía siete semanas más tarde elevados niveles de sintomatología depresiva, en personas que habían experimentado un elevado estrés.

Otro dato relevante encontrado es, que mientras los participantes con TDM mostraron mayores tendencias a reflexionar (*reflection*) y hacer reproches (*brooding*) que los participantes sin depresión, los participantes con HD mostraron mayores niveles

de *brooding*, pero no de *reflection*, en comparación a los participantes sin historia de depresión. Un estudio realizado por Joormann y cols. (2006) hallaron los mismos resultados, comparando participantes actualmente deprimidos con participantes con historia de depresión. Estos resultados sugerirían que una vez que el episodio depresivo remite, estas personas seguirían mostrando elevadas tendencias a realizar reproches (aunque en menor medida que durante el episodio depresivo). Varios estudios han mostrado que el componente *brooding* de la rumiación, tendría efectos perjudiciales a largo plazo (como aumentos en la sintomatología depresiva), mientras que el componente *reflection* no (Treynor, y cols., 2005). Burwell y Shirk (2007) encontraron en una muestra de adolescentes sanos que la tendencia a realizar reproches sobre uno mismo, los demás, etc. se relacionaba a largo plazo con el desarrollo de sintomatología depresiva, y con el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas ante el estrés, como la evitación. Por el contrario, la tendencia a reflexionar estuvo relacionado con el uso de estrategias adaptativas de solución de problemas y de reestructuración cognitiva.

2. Recuerdo y reconocimiento de información auto-referente

Los participantes con HD recuperaron un mayor porcentaje de adjetivos negativos auto-asignados, y un menor porcentaje de adjetivos positivos auto-asignados que el GC.

Los participantes con TDM recuperaron un mayor porcentaje de adjetivos depresivos auto-asignados, y un menor porcentaje de adjetivos positivos auto-asignados que el GC.

Estos resultados, apoyarían la idea de que el procesamiento de información auto-referente se encontraría negativamente sesgado en personas vulnerables a deprimirse, incluso sin la necesidad de activación de esquemas.

Los estudios realizados con participantes actualmente deprimidos han mostrado, consistentemente, la presencia de un patrón sesgado de recuerdo hacia información negativa (ver meta-análisis en Matt y cols., 1992). En este sentido, personas con TDM muestran un mayor recuerdo de información negativa que positiva, y comparando con personas que no están deprimidas, un mayor recuerdo de información negativa, y un menor recuerdo de información positiva.

La literatura que ha evaluado muestras de personas con historia de depresión, ha mostrado que el procesamiento de la información de estas personas es similar al de aquellas personas que nunca han estado deprimidas, pero que mediante procedimientos de activación de esquemas es posible observar un patrón sesgado de recuerdo (i.e., mayor recuerdo de información negativa y/ o menor recuerdo de información positiva) (ver revisión en Scher y cols., 2005). Sin embargo, en nuestro estudio, hemos encontrado que es posible observar sesgos en el procesamiento de la información de personas vulnerables sin la necesidad de activación de estos esquemas. De esta manera, a pesar de que los participantes con historia de depresión mostraron un recuerdo superior de información positiva que negativa (que sería congruente con su estado de ánimo), mostraron un recuerdo y un reconocimiento más elevado de información auto-referente negativa, y un recuerdo inferior de información auto-referente positiva, que el grupo control nunca deprimido. Estos resultados serían consistentes con una serie de estudios que han encontrado que los participantes vulnerables a deprimirse mostrarían sesgos negativos atencionales y de recuerdo sin la necesidad de activación de esquemas (p. ej.: Joormann y cols., 2007; Dozois y Dobson, 2001^a).

En el segundo estudio, encontramos que los participantes con TDM recordaron un porcentaje similar de material positivo y negativo auto-referente, mostrando, por tanto, un procesamiento de la información diferente al observado en los participantes que actualmente no están deprimidas y en los participantes con historia pasada de depresión (del primer estudio), las cuales recordaron más información positiva que negativa. De la misma manera que observamos en el grupo de vulnerables, los participantes con TDM recordaron más información depresiva auto-referente y menos información positiva auto-referente que el grupo control sin patología. Estos resultados sugerirían que, cuando el episodio depresivo ha remitido, se produciría un cambio en el procesamiento de estas personas ya recuperadas del episodio (sesgando su recuerdo hacia información positiva). Sin embargo, este procesamiento seguiría siendo diferente al observado por personas que nunca han estado deprimidas, lo que podría aumentar la probabilidad de futuras recaídas en interacción con una mayor frecuencia de eventos estresantes, y/o en interacción con determinados factores de vulnerabilidad cognitiva, como los esquemas negativos latentes, o la tendencia a realizar reproches sobre uno mismo, que como hemos visto anteriormente se encuentran más elevados en los participantes vulnerables que en los no vulnerables.

3. Recuerdo de información autobiográfica

Los participantes con HD recordaron un mayor porcentaje de eventos negativos, y un menor porcentaje eventos positivos que el GC.

Los participantes con TDM recordaron un mayor porcentaje de eventos negativos, y un menor porcentaje de eventos positivos que el GC.

El patrón sesgado de recuerdo observado en participantes con TDM y en participantes con HD, también fue encontrado a través de la tarea de memoria autobiográfica, donde los participantes tenían que describir cinco sucesos personales que les hubieran ocurrido en los dos últimos años. En este caso, encontramos que tanto los participantes con TDM (del estudio 2) como los participantes con HD (del estudio 1) recordaron un mayor número de eventos personales negativos, y un menor número de eventos personales positivos que sus respectivos grupos control.

De hecho, mediante análisis de correlaciones bivariadas observamos que ambos tipos de información (auto-referente y autobiográfica) estaban relacionadas entre sí, tanto en el estudio 1 como en el estudio 2. Estos resultados sugerirían que ambos sistemas de memoria, los cuales estarían relacionados con información referida al *self*, estarían interconectados, y que una mayor accesibilidad a la información de un determinado sistema podría estar facilitar una mayor accesibilidad a la información del otro sistema.

Mediante los análisis realizados con la tarea de memoria autobiográfica también encontramos que en comparación a los participantes del grupo control:

Los participantes con HD no mostraron un mayor recuerdo de eventos personales generalizados, y un menor recuerdo de eventos personales específicos.

Análisis con el primer recuerdo mostraron que los participantes con HD recordaron un mayor número de eventos específicos negativos, y un menor número de eventos específicos positivos.

Los participantes con TDM mostraron un menor recuerdo de eventos específicos (positivos), y un mayor recuerdo de eventos generales-categoricos (positivos y negativos).

Análisis con el primer recuerdo mostraron que los participantes con TDM recordaron un mayor número de eventos específicos negativos y un menor número de eventos específicos positivos.

En cuanto al fenómeno de recuerdo autobiográfico sobregeneralizado, ya revisamos en la introducción, que los participantes con TDM mostraban un recuerdo sobregeneralizado de material autobiográfico, caracterizado por la presencia de un menor número de recuerdos de eventos específicos y/o por un mayor número de recuerdos de eventos generales (ver revisión en Williams y cols., 2007). Los estudios que han examinado muestras de personas con historia de depresión han mostrado datos más inconsistentes, encontrando algunos de ellos que el recuerdo de estas personas es menos específico (p. ej.: Mackinger, Pachinger, y cols., 2000; Spinhoven y cols., 2006), mientras que otros estudios no han encontrado diferencias entre personas con y sin historia de depresión en el recuerdo de eventos específicos y generales. Nuestros resultados del primer estudio serían consistentes con esta segunda línea de estudios al no encontrar evidencia de recuerdo sobregeneralizado.

En cuanto al segundo estudio, nuestros resultados serían consistentes con la literatura previa, y confirmarían, a través de la tarea de recuerdo libre de cinco sucesos personales, que los participantes con TDM muestran un patrón de recuerdo de eventos personales más categorico (para material positivo y negativo), y menos específico (para material positivo) que los participantes no deprimidos (p. ej.: Kuyken y Brewin, 1995; p. ej.: Moore y cols., 1988).

En el estudio 1 y en el estudio 2, también analizamos el primer recuerdo evocado por los participantes. Realizamos este análisis, porque algunos estudios que han utilizado esta estrategia de recuerdo de cinco eventos personales como medida de regulación de emociones, han encontrado que los efectos del estado de ánimo sobre el recuerdo se producen de manera más evidente a partir de la evocación del primer recuerdo (p. ej.: Setliff y Marmuek, 2002; Smith y Petty, 1995). Mediante estos análisis encontramos que tanto los participantes con TDM como los participantes con HD recordaron un mayor porcentaje de recuerdo específico negativo, y un menor porcentaje de recuerdo específico positivo, que los participantes del grupo control. Estos resultados sugerirían que, a pesar de que los participantes con HD no mostraron un patrón sobregeneralizado de recuerdo en el total de los cuatro recuerdos analizados, mediante la evaluación del primer recuerdo, sí mostrarían un patrón de recuerdo similar al observado en los participantes que actualmente están deprimidos. Como ya comentamos en la discusión del estudio 2, los participantes con HD podrían utilizar estrategias adaptativas de regulación, después del primer recuerdo evocado (que sería en mayor porcentaje específico negativo), como por ejemplo, un mayor recuerdo de eventos positivos de manera específica.

4. Factores cognitivos relacionados con sesgos en el recuerdo de información auto-referente

En el estudio 1 los esquemas negativos latentes se relacionaron con un mayor recuerdo de material negativo auto-referente en los participantes con HD.

La supresión de pensamientos se relacionó con incrementos en el recuerdo de material positivo auto-referente en los participantes con HD.

En el estudio 2 los esquemas negativos latentes, mediados por la autoestima, se relacionaron con incrementos en el recuerdo de material depresivo auto-referente en los participantes con TDM.

En el primer estudio encontramos que los esquemas negativos latentes se asociaron con un mayor recuerdo de material negativo auto-referente en los participantes con HD, incluso controlando la sintomatología depresiva y ansiosa. De manera inesperada, también encontramos que la supresión de pensamientos se asociaba con un menor recuerdo de información negativa auto-referente en los participantes con HD. Posteriores análisis de regresión mostraron que los efectos de la supresión de pensamientos sobre el menor recuerdo de información negativa auto-referente eran marginalmente significativos, mientras que los efectos de los esquemas negativos latentes sobre el mayor recuerdo de información negativa auto-referente fueron significativos.

Los esquemas negativos latentes también se relacionaron con un mayor reconocimiento de información negativa auto-referente, y con un menor reconocimiento de información positiva auto-referente, específicamente en el grupo vulnerable. Estos resultados sugerirían que el mayor recuerdo y reconocimiento de información negativa auto-referente, observado en los participantes con HD sería explicado por la presencia de mayores niveles de esquemas negativos latentes.

Por otro lado, la supresión de pensamientos también se relacionó, y, además también predijo, un mayor recuerdo de información positiva auto-referente en el grupo con HD. Esto indicaría que un mayor porcentaje de recuerdo positivo auto-referente en personas con HD parece explicarse por una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos. Por tanto, parece esta estrategia de inhibición de pensamientos negativos no

deseados podría actuar como una estrategia beneficiosa de regulación emocional, en los participantes que, aunque han estado deprimidos, en la actualidad ya no lo están.

En el estudio 2, consistentemente con los resultados encontrados en el primer estudio, observamos que los esquemas negativos latentes se relacionaron con un mayor recuerdo de material depresivo auto-referente únicamente en el grupo de participantes con TDM. Por tanto, parece que los esquemas negativos latentes se relacionarían con mayores sesgos en el recuerdo de información negativa auto-referente, durante el episodio depresivo, y, también, después de éste. Además, Las relaciones encontradas entre los esquemas negativos latentes y los sesgos en el recuerdo de información negativa en el grupo con TDM fueron mediados totalmente por la variable autoestima, sugiriendo que elevados niveles de esquemas negativos latentes, en personas actualmente deprimidas, podrían conllevar a una disminución de la autoestima, que a su vez, se relacionaría con sesgos en el recuerdo de información negativa auto-referente.

5. Factores cognitivos y sesgos en el recuerdo de información autobiográfica

En el estudio 1 los esquemas negativos latentes se relacionaron con un mayor recuerdo de eventos específicos negativos (en el primer recuerdo).

La supresión de pensamientos se relacionó con incremento en el recuerdo de eventos específicos positivos en los participantes con HD.

En el estudio 2 la autoestima se relacionó con un mayor recuerdo de eventos generales, y con un menor recuerdo de eventos personales específicos positivos.

Además, la autoestima también se relacionó con un mayor recuerdo de eventos específicos negativos (en el primer recuerdo) en el grupo con TDM.

En el primer estudio, la mayor presencia de esquemas negativos latentes fue un factor relacionado con un mayor recuerdo de eventos personales específicos negativos para el total de la muestra, no observándose relaciones específicas en el grupo con HD. Por otro lado, la supresión de pensamientos, al igual que con el recuerdo auto-referente, se relacionó con mayor recuerdo de eventos personales específicos positivos, sólo para el grupo de vulnerables. Así que, la supresión de pensamientos, parece estar relacionado con sesgos positivos en el recuerdo tanto para información auto-referente como para información autobiográfica. Esto apoyaría la idea de que la supresión de pensamientos podría actuar como una estrategia adaptativa de regulación, tal y como han defendido algunos modelos psicológicos, desde modelos de orientación psicoanalítica (Freud 1925-1926), hasta los sistemas actuales de clasificación de las enfermedades mentales (APA, 2002).

En el estudio 2, encontramos que menores niveles de autoestima se relacionaban con un patrón sobregeneralizado de recuerdo, como la presencia de un mayor recuerdo de eventos categóricos y un menor recuerdo de eventos específicos positivos. Sin embargo estas relaciones se observaron para el total de la muestra, y no específicamente para el grupo de participantes actualmente deprimidos. Mediante los análisis realizados con el primer recuerdo, encontramos que la autoestima sí se relacionó con un mayor porcentaje de recuerdo específico negativo sólo en el grupo con TDM. Estos resultados sugerirían que la mayor accesibilidad a recuerdos específicos negativos en el primer

recuerdo, por parte de las personas con TDM, sería explicado por menores niveles en la autoestima de estas personas.

7.2. Integración de resultados

Los resultados hallados en los estudios realizados pueden ayudarnos a comprender mejor el papel que juegan determinados procesos de memoria, como el recuerdo de información auto-referente y autobiográfica, como posibles mecanismos de vulnerabilidad a la depresión, en interacción con determinados patrones cognitivos negativos. Como hemos visto, los participantes que han sufrido un episodio depresivo (en comparación a los participantes que nunca se han deprimido) tendrían mayores niveles de esquemas negativos latentes, mayor tendencia a la supresión de pensamientos negativos, y una mayor tendencia a realizar reproches sobre uno mismo (*brooding*). Aunque este patrón cognitivo negativo se produciría con una menor intensidad que la observada durante el episodio depresivo, este patrón continuaría siendo más elevado en comparación a personas que nunca se han deprimido.

Recuerdo de información auto-referente y autobiográfica

Respecto al patrón de recuerdo, en el estudio 1 observamos que tanto los participantes con HD como los participantes nunca deprimidos mostraron un mayor recuerdo para información positiva auto-referente que para información negativa. En el estudio 2, sin embargo, observamos que los pacientes con TDM mostraron un recuerdo similar para información positiva y negativa. Estos resultados sugerirían que cuando el episodio depresivo ha remitido, el patrón de recuerdo de las personas con historia de depresión cambiaría a un nivel similar al de las personas que nunca se han deprimido, mostrando un mayor procesamiento para información positiva auto-referente que para

información negativa auto-referente. Sin embargo, si comparamos el patrón de procesamiento observado en personas ya recuperadas del episodio depresivo, con el observado en personas que nunca se han deprimido, el grupo de participantes vulnerables seguiría mostrando un patrón de recuerdo negativamente sesgado, caracterizado por un mayor recuerdo de palabras negativas auto-referentes, y un menor recuerdo de palabras positivas auto-referentes. En el grupo de participantes con TDM observamos el mismo patrón de recuerdo comparándolo con su grupo control (i.e., (mayor recuerdo de palabras negativas auto-referentes, y un menor recuerdo de palabras positivas auto-referentes), aunque las diferencias encontradas entre estos grupos son superiores a las diferencias encontradas entre los grupos con y sin historia de depresión. Estos resultados sugerirían, que a pesar de que el episodio depresivo ha remitido, los participantes con HD seguirían mostrando un patrón de recuerdo de información auto-referente disfuncional.

Estos resultados también fueron hallados a través de la tarea de memoria autobiográfica, donde los participantes con HD y con TDM recordaron un mayor número de eventos negativos, y un menor número de eventos positivos que sus respectivos grupos control. Por lo tanto, la presencia de sesgos en el recuerdo en participantes con HD y con TDM se observarían tanto para información auto-referente como para información autobiográfica.

En relación con estos resultados, a través de análisis de correlaciones bivariadas encontramos que el recuerdo de información auto-referente (positiva y negativa) estaba relacionado con el recuerdo de información autobiográfica (positiva y negativa). Esto sugeriría que ambos sistemas de memoria podrían estar interconectados, y que por tanto una mayor accesibilidad a la información contenida en un sistema (p. ej.: recuerdo de información negativa auto-referente) podría conllevar a una mayor accesibilidad a la

información contenida en el otro sistema (p. ej.: recuerdo de información negativa autobiográfica). Esta idea se podría interpretar en base al modelo de memoria del yo (self-memory system) propuesto por Conway (Conway y Playdell-Pearce 2000; Conway 2005), en el que plantean que la memoria autobiográfica sería una parte integral del *self*, que se encargaría de guiar y sesgar la reconstrucción cognitiva del recuerdo. De este modo, una mayor accesibilidad a recuerdos negativos referidos a mi auto-concepto, por ejemplo, podría guiar mi recuerdo a otros aspectos negativos del *self*, ya sean a otros aspectos negativos de mi auto-concepto, u otros aspectos negativos de mi vida, como recuerdos autobiográficos. De hecho, también como ya vimos la estructura cerebral encargada de la formación de las representaciones internas del *self*, también parece encargarse de las ruminaciones (Disner y cols., 2011). De este modo, un mayor procesamiento de información negativa auto-referente, en personas con TDM, podría conllevar también a un mayor procesamiento de otras informaciones de carácter negativo que tengan que ver con uno mismo, como eventos personales negativos, como consecuencia de una alta tendencia a la rumiación. Y lo mismo podría ocurrir al revés, el hecho de recordar en gran medida eventos personales negativos podría facilitar, a su vez, la presencia de otros recuerdos personales negativos, referidos a información auto-referente. Hertel y El-Messidi (2006) encontraron que personas disfóricas inducidas a rumiar recuperaron más información procesada de manera auto-referente que las personas disfóricas inducidas a distraer su atención de ellas mismas, mientras que no se encontraron diferencias entre ambos grupos (disfóricos + inducción de rumiación, y disfóricos + inducción de distracción) en el material procesado como no auto-referente. Estos resultados apoyarían la idea de que, bajo un estado de ánimo disfórico, el uso de un procesamiento rumiativo incrementaría el procesamiento de la información relacionada con uno mismo.

Recuerdo autobiográfico sobregeneralizado

Mediante la tarea de memoria autobiográfica también evaluamos el fenómeno de la sobregeneralización del recuerdo. Diferentes estudios han mostrado que los participantes con TDM tienen un patrón de recuerdo más generalizado y/o menos específico que los participantes sin dicha patología (ver revisión en Williams y cols., 2007). Además, estudios longitudinales han mostrado que mayores niveles de recuerdo sobregeneralizado es un predictor de sintomatología depresiva a largo plazo en muestras sin patología (en interacción con la aparición de eventos estresantes) (Mackinger y cols., 2000), y de peor pronóstico del episodio depresivo (p. ej. Peeters y cols., 2002). Por otro lado, existe evidencia mixta sobre si este patrón sobregeneralizado de recuerdo se mantiene o no estable una vez que el episodio depresivo ha remitido, mostrando la literatura en algunos casos evidencia del fenómeno en personas con historia de depresión (p. ej.: Mackinger, Pachinger y cols., 2000), mientras que en otros casos no (p. ej.: Nandarino y cols., 2002).

En nuestros dos estudios, analizamos este patrón de recuerdo mediante una metodología diferente a la habitualmente utilizada por la literatura, que consiste en evocar cinco recuerdos personales importantes. En el primer estudio realizado con participantes con y sin historia de depresión, no encontramos evidencia de recuerdo sobregeneralizado en la muestra de participantes vulnerables, lo que daría apoyo a los estudios realizados por Nandarino y cols. (2002) o Barnhofer y cols. (2007) mediante el uso del paradigma de respuesta al ítem.

En nuestro segundo estudio realizado con pacientes con TDM, corroboramos los datos encontrados por la literatura previa, encontrando que estos participantes muestran un mayor recuerdo de eventos generales-categoricos y un menor recuerdo de eventos específicos que los participantes no deprimidos. También consistentemente con estos

estudios, no encontramos diferencias entre ambos grupos en el recuerdo de eventos generales-extendidos (p. ej.: Mackinger y cols., 2000; Raes y cols., 2008). Así que, en este segundo estudio replicamos los hallazgos encontrados por la literatura previa utilizando una metodología de recuerdo de cinco sucesos personales, la cual ha sido utilizada por diferentes estudios para analizar el recuerdo autobiográfico como estrategia de regulación emocional (p. ej.: McFarland y Buehler, 1998; Setliff y Marmuek, 2002; Smith y Petty, 1995).

Sin embargo, entre los estudios hay una mayor inconsistencia respecto ante qué tipo de material se produce este patrón sobregeneralizado de recuerdo. En este sentido, algunos estudios han encontrado que los participantes con TDM muestran menos recuerdos específicos para material positivo (p. ej.: Moore y cols., 1988). Otros estudios, muestran que se produce una mayor generalización para recuerdos negativos (p. ej.: Brewin y cols., 1998), mientras que otros estudios encuentran que se produce una mayor generalización tanto para material positivo como negativo (p. ej.: Kuyken y Brewin, 1995). En nuestro estudio, encontramos que los pacientes con TDM recordaron menos sucesos específicos positivos, y más sucesos categóricos positivos y negativos, que los participantes del grupo control. Por tanto, estos resultados serían consistentes con los estudios que han entrado menor especificidad en respuesta a palabras positivas (p. ej.: Moore y cols., 1988; Williams y Scott, 1988), y aquellos estudios que han encontrado un recuerdo más generalizado para material positivo y negativo (p. ej.: Kuyken y Brewin, 1995).

Asimismo, también encontramos que los participantes sin patología recordaron más sucesos específicos positivos que específicos negativos, así como más sucesos extendidos positivos que extendidos negativos. Por su parte, los participantes con TDM mostraron un recuerdo similar de eventos específicos positivos y negativos específicos,

así como un recuerdo similar de eventos extendidos positivos y negativos. Sin embargo, para el recuerdo de tipo categórico se observó el patrón contrario: Mientras que los participantes sin patología recordaron un porcentaje similar de eventos categóricos positivos y negativos, los participantes con TDM recordaron más sucesos categóricos negativos que positivos. Así que, para eventos autobiográficos recordados de manera específica y extendida los participantes con TDM mostrarían un procesamiento similar para información positiva y negativa, mientras que los participantes no deprimidos, mostrarían un sesgo positivo, procesando más información positiva que negativa. Para el recuerdo de eventos categóricos, los participantes no deprimidos, mostrarían un procesamiento similar para información positiva y negativa, mientras que los participantes con TDM mostrarían un mayor procesamiento para información negativa que positiva. Desde el modelo de la evitación funcional (Williams, 1996; 2006) podríamos sugerir que las personas con TDM mostrarían un patrón cognitivo desadaptativo caracterizado por un mayor recuerdo de eventos categóricos negativos, mientras que su procesamiento para información específica y extendida sería similar para ambos tipos de categoría emocional. Por otro lado, las personas no deprimidas mostrarían un patrón cognitivo más adaptativo caracterizado por una mayor presencia de recuerdo específico positivo que negativo, mientras que su procesamiento para información categórica no estaría sesgado ni para material positivo ni para material negativo.

Posteriormente analizamos el primer recuerdo evocado por los participantes de ambos estudios. Mediante estos análisis observamos que tanto los participantes con historia de depresión como los participantes actualmente deprimidos mostraron un patrón de recuerdo diferente a sus grupos control. Respecto al primer estudio, encontramos que los participantes con HD recordaron más eventos específicos

negativos que positivos, mientras que los participantes sin HD recordaron más eventos específicos positivos que negativos. Además, los participantes vulnerables también recordaron más sucesos específicos negativos y menos sucesos específicos positivos que el grupo no vulnerable.

Respecto al segundo estudio, con los participantes actualmente deprimidos, encontramos el mismo patrón de recuerdo que el observado en los participantes con historia de depresión: Mayor recuerdo de eventos específicos negativos que específicos positivos. Además, en comparación a los participantes nunca deprimidos, los participantes con TDM también mostraron un mayor recuerdo de eventos específicos negativos, y un menor recuerdo de eventos específicos positivos.

Según el modelo de la evitación funcional desarrollado por Williams (1996, 2006), el recuerdo sobregeneralizado observado en personas con depresión podría deberse a una búsqueda trunca de elementos específicos desagradables de algunos recuerdos, con el fin de evitar las consecuencias punitivas de esos recuerdos. De esta manera, cuando se empiezan a construir fragmentos de un episodio específico, la búsqueda se detendría en descripciones intermedias categóricas. Por lo tanto, estas personas utilizarían este proceso como mecanismo de regulación del afecto, o evitación de emociones desagradables. No obstante, esta estrategia de regulación conllevaría a largo plazo consecuencias negativas, pues esa categorización de recuerdos (o la menor especificidad de ellos), como hemos visto en la revisión de la literatura, parece estar relacionada con un peor pronóstico del trastorno (ver revisión en Williams y cols., 2007).

Basándonos en este modelo de Williams, y en los resultados que hemos hallado en nuestros estudios, podría suceder que de manera más automática o accesible, a partir del primer recuerdo evocado, las personas con TDM, y las personas con HD mostrarían

un patrón similar de recuerdo caracterizado por un mayor recuerdo de eventos específicos negativos, que según el modelo de Williams, conllevaría a consecuencias desagradables, como un mayor afecto negativo. Sin embargo, tal vez a partir de procesos más controlados, como el uso de estrategias efectivas de regulación emocional, las personas ya recuperadas del episodio depresivo podrían restablecer ese patrón desadaptativo de recuerdo, generando posteriormente más recuerdos específicos positivos, para regular ese posible afecto negativo desencadenado por el recuerdo específico de eventos negativos. Sin embargo, las personas con TDM utilizarían estrategias no efectivas de regulación, como por ejemplo, la evitación de recuerdos específicos, y, que por tanto, ese patrón de recuerdo que en un inicio era más específico para eventos negativos, pudiera conllevar en los sucesivos recuerdos a bloquear sus detalles, haciéndolos más categóricos, tanto para información positiva como para información negativa. Como vimos, en el cómputo de los cinco recuerdos evocados, los participantes con y sin depresión mostraron diferencias en el porcentaje de recuerdo específico positivo pero no en el negativo, diferencias que sí se daban al analizar sólo el primer recuerdo. Tal vez ese mayor recuerdo específico para eventos negativos, observado en el primer recuerdo, lleve a bloquear el acceso a los detalles de los siguientes recuerdos negativos, haciéndolos más categóricos, y que por tanto, en el total de los cinco recuerdos, el porcentaje de recuerdos autobiográficos específicos negativos disminuya, poniéndose a un nivel similar al observado en las personas no deprimidas.

Factores relacionados con los sesgos de recuerdo a información auto-referente y autobiográfica

Respecto a los factores relacionados con los sesgos en el recuerdo de material auto-referente, controlando la influencia de la sintomatología depresiva y ansiosa, encontramos que los esquemas negativos latentes se asociaron con mayores sesgos en el

recuerdo y en el reconocimiento de información negativa auto-referente en los participantes con historia de depresión. De esta manera, el mayor recuerdo y reconocimiento de información negativa auto-referente observado en personas con HD, en comparación a las personas nunca deprimidas, se explicó por una mayor presencia de esquemas negativos latentes. También controlando la sintomatología depresiva y ansiosa, observamos que la supresión de pensamientos estaba relacionada con un aumento en el recuerdo de información positiva auto-referente en los participantes con HD. De este modo, un mayor porcentaje de recuerdo de información positiva auto-referente en este grupo de personas vulnerables se explicaría por una mayor tendencia a suprimir pensamientos negativos no deseados.

Respecto al material autobiográfico, los esquemas negativos latentes, se relacionaron con un incremento en el recuerdo de eventos específicos negativos en el primer recuerdo. Sin embargo, estas relaciones se dieron para el total de la muestra, no observándose efectos específicos para el grupo de participantes con HD. Además, consistentemente con los resultados hallados con el material auto-referente, la supresión de pensamientos se relacionó también con un mayor recuerdo de eventos personales específicos positivos en el primer recuerdo, sólo en los participantes con HD. Estos resultados apoyarían la idea de que la supresión de pensamientos negativos, sería una estrategia adaptativa de regulación, que actuaría inhibiendo determinados procesos mentales como sentimientos, pensamientos o recuerdos desagradables (APA, 2002).

Como ya vimos, algunos estudios han mostrado que los efectos desadaptativos de la supresión de pensamientos se producirían en interacción con determinadas condiciones, como un bajo un estado de ánimo negativo o un elevado nivel de estrés. Por ejemplo, Conway y cols. (1991) realizaron un estudio donde se pedía a una muestra de participantes eutímicos, inducidos a un estado de ánimo positivo o negativo, que

suprimieran pensamientos negativos y positivos. Aquellos participantes inducidos a un estado de ánimo positivo exhibieron un mayor número de intrusiones de pensamientos positivos, mientras que los participantes inducidos a un estado de ánimo triste exhibieron un mayor número de intrusiones de pensamientos negativos. Por tanto los participantes que mostraron un mayor acceso a los pensamientos negativos fue el grupo con inducción de estado de ánimo triste. Posteriormente, los mismos autores replicaron estos hallazgos en una muestra de participantes con y sin disforia (Conway y cols., 1991), donde observaron que los participantes disfóricos mostraban un mayor número de intrusiones de pensamientos negativos, mientras que los participantes no disfóricos mostraron un mayor número de intrusiones de recuerdos positivos. Otros estudios de tipo longitudinal, han mostrado que la tendencia a suprimir pensamientos desagradables aparecía asociada siete semanas más tarde a un mayor grado de sintomatología depresiva, aunque sólo en casos de alto estrés vital, sucediendo lo contrario —menor aumento de síntomas depresivos— cuando el estrés era bajo (Beevers y Meyer, 2004).

Parece, pues, que la supresión de pensamientos podría ser una estrategia con efectos adaptativos o desadaptativos en función de ciertas circunstancias, como el estado de ánimo de la persona, o el nivel de estrés experimentado, etc., produciendo un descenso de esos pensamientos negativos no deseados o incrementando la frecuencia o la intensidad de éstos (ver también revisión en Wenzlaff y Wegner, 2000).

En el segundo estudio también encontramos que los esquemas negativos latentes fueron predictores significativos de mayor recuerdo de material depresivo auto-referente, específicamente en el grupo de participantes con TDM. En este caso, además, encontramos que bajos niveles de autoestima mediaban totalmente esta relación, sugiriendo que elevados niveles de esquemas negativos latentes podrían producir, en las personas actualmente deprimidas, menores niveles en su autoestima, los cuales

facilitarían la presencia de sesgos de memoria para información negativa relacionada con su auto-concepto.

Tomando en consideración los resultados de los dos estudios, parece que los esquemas negativos latentes estarían contribuyendo al mantenimiento del episodio depresivo en personas actualmente deprimidas, a través de bajos niveles de autoestima, que sesgarían el procesamiento de la información de estas personas hacia elementos auto-descriptivos negativos. Además, los resultados en el estudio 1, sugieren que una vez que el episodio depresivo remite, estos esquemas negativos latentes seguirían relacionándose con un mayor procesamiento de información negativa auto-referente, pudiendo generar condiciones de vulnerabilidad que incrementasen el riesgo de recaídas.

Respecto al material autobiográfico, en el segundo estudio encontramos que bajos niveles de autoestima se relacionaron con la presencia de un patrón sobregeneralizado de recuerdo: Menor accesibilidad a recuerdos específicos positivos, y mayor accesibilidad a recuerdos categóricos negativos. No obstante, estas relaciones fueron encontradas para el total de la muestra, y no se observaron específicamente para el grupo con TDM. Donde sí encontramos relaciones específicas para el grupo con TDM, fue en el recuerdo específico negativo en el primer recuerdo, donde bajos niveles de autoestima explicaban una mayor presencia de estos recuerdos. Por lo tanto, esta primera accesibilidad a recuerdos específicos negativos, observado en personas actualmente deprimidas, podría explicarse por la presencia de una baja autoestima.

Basándonos en el modelo reformulado de vulnerabilidad cognitiva a la depresión que expusimos en la introducción (Vázquez y cols., 2010), y basándonos también, en los resultados hallados en esta tesis, bajos niveles de autoestima podrían generar una serie de pensamientos rumiativos recurrentes sobre la propia auto-valía (como “no valgo

para nada”, “soy un fracaso”, “todo me sale mal”), así como intentos controlados por evitar esos pensamientos, los cuales producirían un efecto contrario (i.e., un incremento de esos pensamientos). Esta mayor accesibilidad a pensamientos negativos relacionados con uno mismo, podría contribuir al elevado porcentaje de recuerdo autobiográfico específico negativo, observado en el primer recuerdo de las personas con TDM. Como ya hemos comentado, esto podría facilitar que en los posteriores recuerdos apareciesen más eventos de vida recordados de modo categórico, lo cual podría contribuir al mantenimiento del estado de ánimo deprimido, tal y como ha mostrado la literatura previa (p. ej.: Brittlebank y cols., 1993; Dalgleish y cols., 2001; Mackinger y cols., 2004).

En conclusión, la autoestima y los esquemas negativos latentes parecen ser las variables más fuertemente asociadas con la presencia de determinados patrones disfuncionales de recuerdo observados en personas actualmente deprimidas, y en personas vulnerables a deprimirse. Estos patrones sesgados de recuerdo harían referencia a información negativa que tiene que ver con uno mismo, ya sea procesada de manera auto-referente o procesada de manera autobiográfica.

7.3. Limitaciones, aportaciones e implicaciones teóricas y clínicas

En cuanto a las limitaciones se destacan las siguientes:

- La muestra de participantes con historia pasada de depresión que formaron parte del estudio 1 fue seleccionada a partir de una muestra de estudiantes universitarios, y no de la población general, lo que limitaría la generalización de los resultados.
- El instrumento utilizado para la evaluación de historia pasada de depresión en el estudio 1 fue un inventario auto-administrado: una versión adaptada del Inventario Diagnóstico de Depresión (DID, Zimmerman, Sheeran y Young, 2004) siguiendo el

formato de una versión anterior del instrumento que realiza diagnóstico de episodio depresivo mayor a lo largo de la vida (Inventory to Diagnose Depression Lifetime versión, IDDL; Zimmerman y Coryell, 1987). A pesar de que tanto la versión IDD como la IDDL han mostrado buenos índices de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de depresión mayor actual (DID) y pasada (IDDL), las entrevistas diagnósticas, como la utilizada en el estudio 2, serían más adecuadas a la hora de realizar el diagnóstico. No obstante ambas versiones del inventario han sido ampliamente utilizadas por la investigación científica para evaluar la presencia de episodio depresivo actual, o historia pasada de éste en muestras de estudiantes universitarios (p. ej.: Gortner, Rude y Pennebarker, 2006; Johnson, Eisner y Carver, 2009; Luxton, Ingram y Wenzlaff, 2006; Rude, Gortner y Pennebaker, 2004; Rude, Valdez Odom y Ebrahimi, 2003; Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane y Whitney, 2002; Wenzlaff, Rude, Tayler, Stultz y Sweatt, 2001).

- La muestra de participantes actualmente deprimidos y la muestra de participantes con historia pasada de depresión, no pertenecieron al mismo estudio, lo que limita la comparación de resultados entre las dos muestras.

En cuanto a las aportaciones e implicaciones teóricas y clínicas se destacan las siguientes:

- Se han analizado en un mismo estudio patrones sesgados de recuerdo a información auto-referente y autobiográfica. Son muchos los estudios los que han evaluado la presencia de sesgos en el recuerdo para ambos tipos de información en personas actualmente deprimidas, pero ninguno de ellos los había analizado en un mismo estudio. De esta manera, observamos que tanto los participantes con historia pasada de depresión (estudio 1), como los participantes actualmente deprimidos (estudio 2) mostraron un patrón negativo de recuerdo, en comparación a sus grupos control.

- La evaluación en un mismo estudio del recuerdo auto-referente y autobiográfico, nos ha permitido observar que ambos sistemas se encuentran relacionados, sugiriendo que ambos sistemas podrían estar interconectados, y que la mayor accesibilidad a un determinado tipo sistema de memoria puede facilitar una mayor accesibilidad al otro sistema de memoria.
- Se comparó la ejecución en la recuperación información auto-referente a través de dos tareas, las cuales requieren procesos independientes: la tarea de recuerdo libre y la tarea de reconocimiento. A través de nuestros dos estudios, observamos que los sesgos en la recuperación de información auto-referente, tanto en personas con TDM, como en personas con HD, se daban utilizando ambas pruebas.
- Evaluación del patrón sobregeneralizado de recuerdo en participantes vulnerables a deprimirse. Mediante este análisis, observamos que el recuerdo de estas personas no se hallaba sobregeneralizado, en comparación a las personas no vulnerables. Sin embargo, mediante el análisis del primer recuerdo, observamos que la primera tendencia de estas personas era recordar más recuerdos específicos negativos, y menos recuerdos específicos positivos que el grupo control. En el estudio realizado con participantes TDM hallamos el mismo patrón de recuerdo. Así que, en un primer acceso a los recuerdos de eventos personales, las personas deprimidas y las personas vulnerables a deprimirse parecen mostrar un patrón similar de recuerdo.
- Se ha replicado los hallazgos previos respecto a que los participantes con TDM muestran menos recuerdos específicos y más recuerdos categóricos que el grupo control, mediante una tarea de recuerdo de cinco sucesos personales.
- Evaluación de factores cognitivos implicados en los patrones sesgados de recuerdo. Pocos estudios hasta la fecha han analizado las variables cognitivas de vulnerabilidad

que podrían estar implicadas en la predicción de en estos patrones sesgados de recuerdo.

- Los esquemas negativos latentes se relacionaron con sesgos en el recuerdo y en el reconocimiento de información negativa auto-referente, específicamente para los participantes con TDM y HD. Estos resultados sugerirían que elevados niveles en esta variable, no sólo podrían estar implicados en el mantenimiento del episodio depresivo (sesgando el procesamiento de la información de estas personas hacia información negativa), sino en la posible recaída de éste.
- En el grupo TDM hallamos que la autoestima mediaba totalmente la relación entre esquemas negativos latentes y sesgos en la recuperación de información auto-referente. Esto sugeriría que elevados niveles de esquemas negativos latentes en personas actualmente deprimidas podrían conllevar a una disminución de la autoestima, lo cual que se relacionaría con los sesgos en la recuperación de información auto-referente negativa.
- Asimismo, los esquemas negativos latentes y la autoestima también parecen explicar la presencia de patrones sesgados en el recuerdo de información autobiográfica, como un mayor recuerdo específico negativo, menor recuerdo específico positivo, y mayor recuerdo categórico.
- Función adaptativa de la supresión de pensamientos en la presencia de sesgos positivos en el recuerdo. En nuestro primer estudio, hallamos que, controlando la sintomatología depresiva y ansiosa, la supresión de pensamientos se relacionaba con un mayor recuerdo de información positiva auto-referente, y con un mayor recuerdo de información autobiográfica específica positiva (en el primer recuerdo), en el grupo de participantes con TDM. Estos resultados

sugerirían que la supresión de pensamientos, en ausencia de un estado de ánimo deprimido, podría ser una estrategia adaptativa de regulación.

- Una mayor experimentación de sucesos estresantes (estudio 1) y traumáticos (estudio 2) se relacionaron con factores cognitivos de vulnerabilidad (esquemas negativos, autoestima, estilo rumiativo y supresión de pensamientos negativos). Además, también se relacionaron con la presencia de varios sesgos en recuerdo de información negativa auto-referente y autobiográfica. Esto podría sugerir, basándonos también en la literatura previa (Hammen, 2005), que una mayor frecuencia de estos eventos puede facilitar el desarrollo de patrones cognitivos negativos (baja autoestima, altos niveles de esquemas negativos, estilo rumiativo, y supresión de pensamientos). En nuestros estudios, además, observamos, que los participantes con HD y TDM informaron de haber experimentado más sucesos estresantes y traumáticos (respectivamente) que el grupo control.
- Respecto a las implicaciones clínicas una mejor comprensión de los factores implicados en los sesgos cognitivos de recuerdo, podría ser importante de cara a la evaluación y al tratamiento de la depresión, así como a la prevención de futuras recaídas. Por ejemplo, hemos observado el papel importante que juegan la autoestima y los esquemas negativos en la predicción de sesgos de recuerdo a información auto-referente durante el episodio depresivo (estudio 2), y una vez remitido este (estudio 1). Por tanto, durante el tratamiento actuar sobre estos factores de vulnerabilidad podría ser beneficioso para la mejor recuperación del trastorno. También el aprendizaje de efectivas estrategias de regulación (p. ej.: recuerdos de eventos de vida positivos, estrategias de supresión de pensamientos, etc.) después del episodio podría ser importante para la prevención de futuras recaídas.

- La supresión de pensamientos parece tener efectos adaptativos en el procesamiento de la información una vez que el episodio depresivo remite. Nuestros resultados sugirieron que el uso de esta estrategia estaba relacionada con mayores sesgos de recuerdo hacia información positiva, así que podría ser una estrategia efectiva para prevenir futuras recaídas del episodio depresivo.
- La mejor comprensión del papel de estos factores cognitivos en la predicción de sesgos en el procesamiento de la información podría contribuir a la predicción del episodio depresivo. En este sentido, elevados niveles de esquemas negativos y/o una baja autoestima, los cuales hemos visto que están estrechamente relacionados con sesgos negativos en el recuerdo, podrían contribuir al inicio del episodio depresivo
- Sería muy interesante también realizar un estudio longitudinal con las muestras del estudio. Esto nos permitiría comprobar en las personas con HD si la presencia de determinados patrones cognitivos (esquemas negativos, etc.) y de recuerdo predecirían recaídas del episodio depresivo. De la misma manera, se podría analizar si la presencia de determinados patrones cognitivos y de recuerdo en personas con TDM contribuirían al mantenimiento o a la recuperación del episodio depresivo.
- Basándonos en los resultados hallados en este trabajo, y en el modelo reformulado de vulnerabilidad que expusimos en la introducción, nuestra propuesta de un modelo cognitivo de vulnerabilidad a la depresión se establecería de la siguiente manera:

Las experiencias negativas tempranas de rechazo o auto-crítica generarían el desarrollo de esquemas o actitudes disfuncionales, que permanecerían en el individuo de un modo latente. Cuando aparece un acontecimiento crítico en el ambiente, los esquemas o actitudes disfuncionales se activarían generando bajos niveles de autoestima, los cuales se mostrarían de manera explícita. Esta baja autoestima contribuiría al desarrollo de un estado de ánimo negativo. La persona, además, podría

adoptar determinados estilos de respuesta desadaptativos, como pautas rumiativas recurrentes (como por ejemplo, relacionados el auto-concepto: “no valgo para nada”, “soy una fracasada”, “todo me sale mal”), e intentos por suprimir esos pensamientos negativos (que bajo un estado de ánimo negativo producirían un incremento de esos pensamientos), los cuales mantendrían ese estado de ánimo negativo. La baja autoestima y los estilos de respuesta disfuncionales, activarían sesgos en el procesamiento de la información, como sesgos en el recuerdo de información auto-referente y autobiográfica, que estarían relacionadas entre sí. Estos sesgos en el procesamiento de la información pueden reforzar la presencia de productos mentales negativos (es decir, pensamientos negativos como “soy un estúpido”, “no valgo para nada”) que incrementarían el estado de ánimo negativo. Estos pensamientos negativos reflejarían una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (i.e., triada cognitiva) que sería el precursor más inmediato de la depresión. A su vez, el estado de ánimo negativo podría mantener los niveles de baja autoestima, así como los mayores niveles de estilos de respuesta rumiativo y de supresión de pensamientos. Por último, los episodios depresivos, además, sensibilizarían a la persona ante la aparición estresores haciéndola más vulnerable a desarrollar nuevos episodios depresivos en el futuro (véase la figura 20).

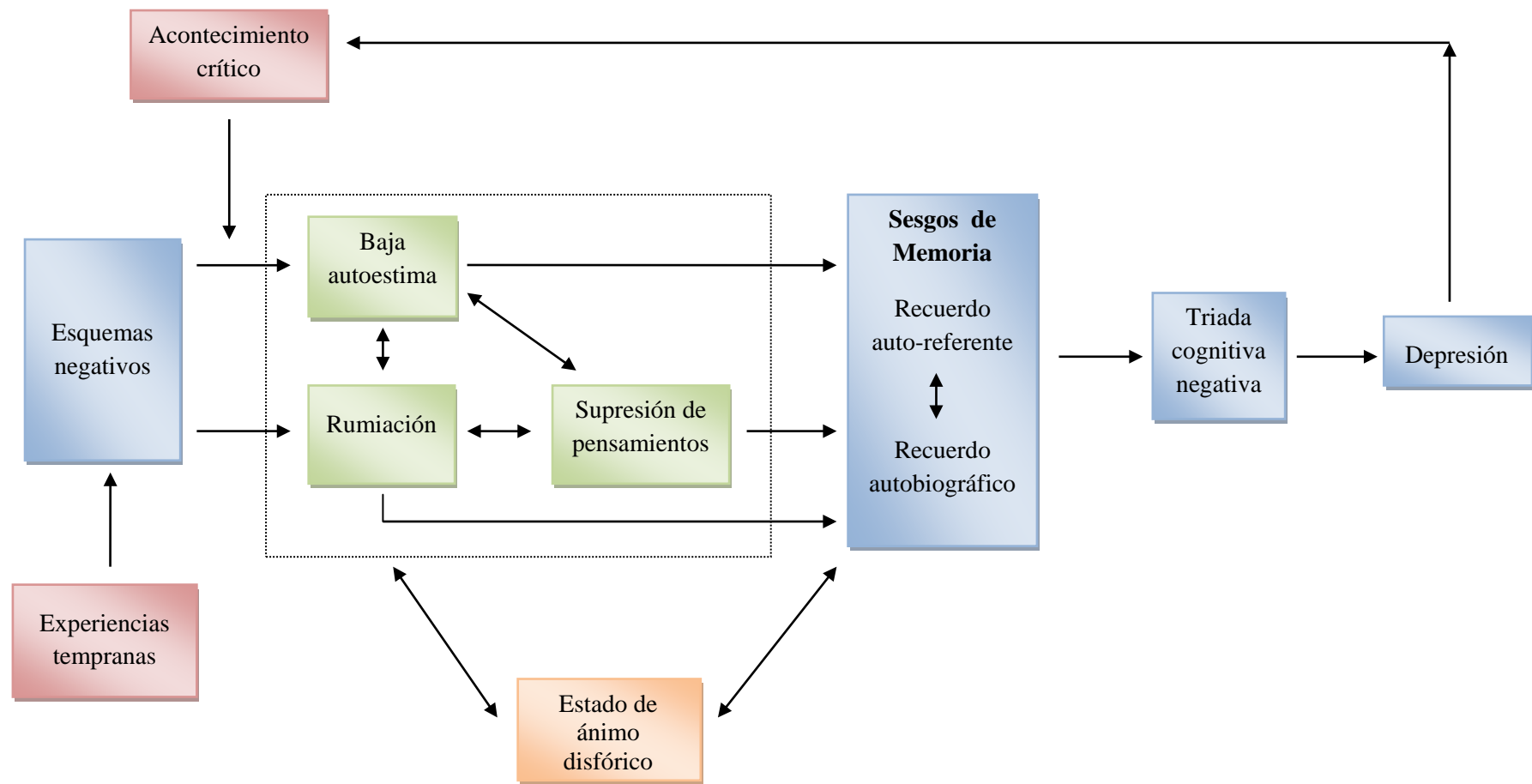


Figura 20. Modelo cognitivo de vulnerabilidad a la depresión.

En resumen, nuestros resultados han hallado que personas con TDM (estudio 2) y personas con HD (estudio 1) mostrarían un patrón sesgado de recuerdo tanto para información auto-referente como autobiográfica (i.e., mayor recuerdo de información negativa y menor recuerdo de información positiva en comparación a las personas nunca deprimidas).

Además, estas personas mostrarían un patrón similar de recuerdo hacía información autobiográfica (evaluando el primer recuerdo), recordando más sucesos específicos negativos, y menos sucesos específicos positivos que el grupo control. Los análisis realizados con el total de recuerdos replicarían los hallazgos previos realizados con muestras con TDM (i.e., mayor recuerdo general-categorico y menor recuerdo específico) utilizando una metodología diferente a la comúnmente utilizada (i.e., recuerdo de cinco eventos personales importantes). En cuanto al material emocional que se vería afectado por este patrón, encontramos que la menor especificidad del recuerdo se producía para los eventos positivos, y la mayor categorización para eventos positivos y negativos.

Por otro lado, no confirmamos que las personas con HD mostraran este patrón sobregeneralizado de recuerdo, apoyando algunos estudios previos que tampoco han encontrado evidencia del fenómeno en estas muestras de participantes (p. ej.: Nandarino y cols., 2002). Estos resultados sugieren que el patrón sobregeneralizado parece observarse bajo estados de ánimo negativo. Aunque de manera menos consistente, algunos estudios realizados con participantes disfóricos (p. ej.: Rekart y cols., 2006), y con participantes eutímicos a los que se les induce un estado de ánimo negativo (p. ej.: Maccalum y cols., 2004) no han encontrado tampoco evidencia del fenómeno.

Estos hallazgos los interpretamos en términos de regulación emocional. Quizás personas con HD sean capaces de utilizar estrategias efectivas de regulación ante la

mayor accesibilidad de recuerdos específicos negativos. Y por tanto, cuando contabilizamos todos los recuerdos no aparecen diferencias con los participantes que nunca se han deprimido. Por su parte, en los participantes con TDM quizás esa mayor recuperación de eventos de vida negativos de manera específica en el primer recuerdo, facilite que en los posteriores se recuperen más eventos de manera categórica (tanto para información positiva como negativa), como medida de evitación de las emociones negativas que le producirían recordar eventos de vida de manera específica y detallada (Williams, 1996; 2006).

En cuanto a las variables relacionadas con estos patrones de recuerdo, en el primer estudio encontramos que, controlando el BDI y el BAI, la supresión de pensamientos se relacionó con un incremento de material positivo auto-referente en el grupo con HD. De manera similar, para el material autobiográfico, encontramos que la supresión de pensamientos también se relacionaba con un mayor recuerdo de eventos personales específicos en el primer recuerdo. Estos hallazgos, sugerirían, como ya hemos comentado, que la supresión de pensamientos podría ser una estrategia adaptativa de regulación (p. ej.: APA, 2002).

Los esquemas negativos latentes se relacionaron con incrementos en el recuerdo de información negativa auto-referente en los grupos con HD (estudio 1) y con TDM (estudio 2). En el caso de los pacientes con TDM la autoestima medió las relaciones entre los esquemas negativos y los sesgos en el recuerdo de información negativa. Como hemos comentado, estos resultados indican que elevados niveles de esquemas negativos latentes podrían desarrollar bajos niveles de autoestima, que, a su vez, se relacionarían con un procesamiento sesgado de información auto-referente. Disminuciones en la autoestima podría relacionarse con rumiaciones negativas recurrentes sobre uno mismo que la persona intentaría evitar, consiguiendo el efecto

contrario (i.e., un mayor acceso a esos pensamientos negativos sobre uno mismo). En el caso de las personas con historia pasada de depresión, los esquemas negativos latentes podrían seguir estando más elevados que personas que nunca se han deprimido, como muestran nuestros resultados en el estudio 1. Estos esquemas negativos, relacionados con sesgos en el recuerdo para información relacionada con uno mismo, podrían aumentar la probabilidad de recaída.

En personas deprimidas, los bajos niveles de autoestima también se relacionarían con un mayor recuerdo de eventos personales específicos negativos en los primeros eventos evocados. Este primer recuerdo negativo evocado de manera específica podría conllevar descensos en su estado de ánimo, que la persona podría evitar recordando posteriormente más sucesos de manera categórica, y recordando menos sucesos específicos positivos. Como vimos a partir de la revisión de la literatura estos patrones de recuerdo se relacionan con un peor pronóstico del trastorno (p. ej.: Brittlebank y cols., 1993; Dalglish y cols., 2001; Mackinger y cols., 2004).

Por lo tanto, a partir de este trabajo hemos evaluado el funcionamiento cognitivo y mnemónico de personas actualmente deprimidas y de personas con historia pasada de depresión. A partir de estos estudios, hemos podido contrastar que, no sólo durante la experiencia de un trastorno depresivo mayor, sino también cuando éste ha remitido, en personas con historia pasada de depresión, se observa un patrón cognitivo diferente al de personas que nunca se han deprimido (i.e., mayores niveles de esquemas negativos latentes, estilo rumiativo, supresión de pensamientos, así como sesgos de memoria a información negativa auto-referente y autobiográfica). Estos factores podrían facilitar un mayor mantenimiento y duración del episodio depresivo así como generar una mayor vulnerabilidad ante futuras recaídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R. Z. y D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111-128.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression (CVD) project: conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 227-262.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M.S., Kim, R. S., y Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression (CVD) project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Murray, L.A., Whitehouse, W. G., y Hogan, E. M. (1997). Self-referent information-processing in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 539-568.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., y Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Rose, D. T., y Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 503-531.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. revisada). Washington, DC.
- Arntz, A., Meeren, M., y Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1063-1068.

- Atkinson, R. C., y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposal system and its control processes. En J. T. Spence (Ed.). *The psychology of learning and motivation* (Vol. 8). London: Academic Press.
- Bargh, J. A. (1982). Attention and automaticity in the processing of self-relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 425-436.
- Barlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnard P. J., Watkins E. R., y Ramponi C. (2006). Reducing specificity of autobiographical memory in non-clinical participants: The role of rumination and schematic models. *Cognition and Emotion*, 20, 328-350.
- Barnett, P. A., y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Barnhofer, T., Crane, C., Spinhoven, P., y Williams, J. M. G. (2007). Failures to retrieve specific memories in previously depressed individuals: random errors or content-related? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1859-1869.
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1173-1182.
- Basso, A., Spinnler, H., Vallar, G., y Zanobio, E. (1982). Left hemisphere damage and selective impairment of auditory verbal short-term memory. A case study. *Neuropsychologia*, 20, 263-274.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.

- Beck A.T., Steer R.A., y Brown G.K. (1996). *Beck depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beevers, C. G. y Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion*, 18, 859-867.
- Birch, S. B., y Davidson, K., M. (2007). Specificity of autographical memory in depressed older adults and its relationship with working memory and IQ. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 175-186.
- Bjork, E. L., y Bjork, R. A. (1988). *Retrieval practice and the maintenance of knowledge*. Oxford: Wiley.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bland, R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367-377.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: a review. *Psychological Bulletin*, 99, 229–246.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bradley, B. P., y Mathews, A. (1983). Negative self-schemata in clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 173–181.
- Bradley, B. P., y Mathews, A. (1988). Memory bias in recovered clinical depressives. *Cognition and Emotion*, 2, 235–245.
- Breslow, R., Kocsis, J., y Belkin, B. (1981). Contribution of the depressive perspective to memory function in depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 227-230.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London:Erlbaum.
- Brewin, C. R., Andrews B., y Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and Early Experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.

- Brewin, C. R., Reynolds, M., y Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 511–517.
- Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., y Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1131–1142.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., y Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118–121.
- Brosse, A. L., Craighead, L. W., y Craighead, W. E. (1999). Testing the mood-state hypothesis among previously depressed and never-depressed individuals. *Behavior Therapy*, 30, 97–115.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., y Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431–435.
- Brown, J., y Taylor, S. E. (1986). Affect and the processing of personal information: Evidence for mood-activated self-schemata. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 436–452.
- Burnside, E., Startup, M., Byatt, M., Rollinson, L., y Hill, J. (2004). The role of overgeneral autobiographical memory in the development of adult depression following childhood trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 365–376.
- Butler R.N. (1963). The Live Review: an interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry, Journal for the Study of Inter-personal Processes*, 26, 65–76.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Burwell, R. A. y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 56–65.

- Carlson, E., Smith, S, Palmieri, P., Dalenberg, C., Ruzek, J., Kimerling, R., y Burling, T. (2011). Development and Validation of a Brief Self-Report Measure of Trauma Exposure: The Trauma History Screen. *Psychological Assessment*, 23, 463-477.
- Clark, D. M., y Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87-95.
- Clark, D. M., y Teasdale, J. D. (1985). Constraints on the effects of mood on memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1595-1608.
- Clark, D. M., Teasdale, J. D., Broadbent, D. E., y Martin, M. (1983). Effect of mood on lexical decisions. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 21, 175-178.
- Crane, C., Barnhofer, T., y Williams, J. M. G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory*, 15, 312-323.
- Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, Usall J, Dolz M, Haro JM (2007). Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 35, 21-28.
- Conway, M.A. (1996). Autobiographical memories and autobiographical knowledge. En D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 67-93). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Conway M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of memory and Language*, 53, 594-628.
- Conway, M. A., y Fthenaki, A. (2000). Disruption and loss of autobiographical memory. En L. Cermak (Ed.), *Handbook of neuropsychology: Memory and its disorders* (pp. 257-288). Amsterdam: Elsevier.
- Conway, M., Howell, A., y Giannopoulos, C. (1991). Dysphoria and thought suppression. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 153-166.

- Conway, M. A., y Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Cowan, N. (1988). Envolving conceptions of memory storage, selective attention, and their mutual constraints within the human information-processing system. *Psychological Bulletin*, 104, 163-191.
- Cuijpers, P., Van Lier, P. A., Van Straten, A. y Donker, M. (2005). Examining differential effects of psychological treatment of depressive disorder: an application of trajectory analyses. *Journal of Affective Disorders*, 89, 137-146.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Hollon, S.D., y Andersson, G. (2010). The contrivution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 415-423.
- Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., y Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 335-340.
- Dagleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., de Silva, P., et al. (2003). Self-reported abuse relates to autobiographical memory in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.
- Dagleish, T., Williams J. M., Golden, A. M., Perkins N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Yeung, C. A., Murphy, V., Elward, R., Tchanturia K., Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136, 23-42.
- Dagleish, T. y Yiend, J. (2006). The effects of suppressing a negative autobiographical memory on concurrent intrusions and subsequent autobiographical recall in dysphoria. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 467-473.
- Dance, K. A., y Kuiper, N. A. (1987). Self-schemata, social roles, and a self-worth contingency model of. depression. *Motivation and Emotion*, 11, 251-268.
- Deijen, J.B., Orlebeke, J.F., y Rijdsdijk, F.V. (1994). Effect of depression on psychomotor skills, eye movements and recognition memory. *Journal of Affective Disorders*, 29, 33-40.

- Davis, R.N., y Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699–711.
- De Decker, A., Hermans, D., Raes, F., y Eelen, P. (2003). Autobiographical memory specificity and trauma in inpatient adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 22–31.
- Derry, P., y Kuiper, N. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 286-297.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. y Simons, A. (1999). Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., y Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 788-796.
- Direnfeld, D. M., y Roberts, J. E. (2006). Mood congruent memory in dysphoria: The roles of state affect and cognitive style. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1275–1285.
- Dobson, K. S., y Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dobson, K. S., y Shaw, B. F. (1987). Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 34–40.
- Dozois, D. J. A., y Dobson, K. S. (2001a). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925.
- Dozois, D. J. A., y Dobson, K. S. (2001b). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 236-246.
- Dunbar, G. C., y Lishman, W. A. (1984). Depression, recognition-memory and hedonic tone: A signal detection analysis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 376–382.

- Dykman, B. M. (1997). A test of whether negative emotional priming facilitates access to latent dysfunctional attitudes. *Cognition and Emotion*, 11, 197–222.
- Dykman, B. M., y Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 337–352.
- Evans, J., Williams, J. M. G., O’Loughlin, S., y Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399–405.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Flavell, J. H. (1974). La psicología evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires: Paidós.
- Fogarty, S. L., y Hemsley, D. R. (1983). Depression and the accessibility of memories. *British Journal of Psychiatry*, 142, 232-237.
- Forster, J., y Liberman, N. (2001). The role of attribution of motivation in producing postsuppressional rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 377-390.
- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., y Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective test of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, 8, 382–399.
- Freud, S. (1925-1926). *Obras Completas Sigmund Freud*, vol. XX. Trad. de José L. Etcheverry Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gallardo, M., Baños, R. M., Belloch, A. y Ruiperez, M. A. (1999). Attentional biases and vulnerability to depression. *Spanish Journal of Psychology*, 2, 11-19.

- Gamellen, R. J., y Carver, C. S. (1985). Why does self-reference promote incidental encoding? *Journal of Experimental and Social Psychology*, 21, 284-300.
- Geller, V., y Shaver, P. (1976). Cognitive consequences of self-awareness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 99-108.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., y Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282-289.
- Gibbs, B., R. y Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 511-526.
- Gilboa, E., y Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, 11, 517-538.
- Gilligan, S.G., y Bower, G.H. (1984). Cognitive consequences of emotional arousal. In C. Izard, J. Kagen, y R. Zajonc (Eds.). *Emotions, cognition, and behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Goddard, L., Dritschel, B., y Burton, A. (1996) Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609-616.
- Goddard, L., Dritschel, B., y Burton, A. (1997). Social problem solving and autobiographical memory in non-clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 449-451.
- González, M. Avero, P., Rovella, A. T., y Cubas, R. (2008). Structural validity and reliability of the spanish version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a sample of the general spanish population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 650-659.
- Gortner, E.M., Rude, S.S., y Pennebaker, J.W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 37, 292-303.
- Gotlib, I. H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.

- Gotlib, I. H., y Cane, C. B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 199–204.
- Gotlib, I. H., y Goodman, S. H. (1999). Children of parents with depression. In W. K. Silverman, y T. H. Ollendick (Eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children* (pp.415–432). Needham Heights, MA, USA: Allyn y Bacon.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. (1992). *Psychological aspects of depression: toward a cognitive-interpersonal integration*. Nueva York: Wiley.
- Gotlib, I. H., Kash, K. L., Trail, S., Joormann, J., Arnow, B. A., Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing bias in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 386-398.
- Gotlib, I. H., Traill, S. K., Montoya, R. L., Joormann, J. y Chang, K. (2005). Attention and memory biases in the offspring of parents with bipolar disorder: indications from a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 84–93.
- Griffith, J.W., Sumner, J.A., Debeer, E., Raes, F., Hermans, D., Mineka, S., et al. (2009). An item response theory/confirmatory factor analysis of the Autobiographical Memory Test. *Memory*, 17, 609-623.
- Hammen, C. (1990). Vulnerability to depression: Personal, situational and family aspects. In Ingram, R. E. *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 59-69). New York: Plenum Press.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor y Francis.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., y Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 309-345.

- Hankin, B. L., Gibb, B. E., Abela, J. R., y Flory, K. (2010). Selective attention to affective stimuli and clinical depression among youths: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., y Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.
- Hauer, B. J., Wessel, I., y Merckelbach, H. (2006). Intrusions, avoidance and overgeneral memory in a non-clinical sample, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 264-268.
- Heldbund, S., y Rude, S. S. (1995). Evidence of latent depressive schemata in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
- Henderson, D., Hargreaves, I., Gregory, S., y Williams, J. M. G. (2002). Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 129-141.
- Hermans, D., Decker, A., Peuter, S., Raes, F., Eelen, P. y J. M. G. Williams (2008). Autobiographical memory specificity and affect regulation: coping with a negative life event. *Depression and Anxiety*, 25, 787-792.
- Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., y Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 775-789.
- Hermans, D., Vandromme, H., Debber, E., Raes, F., Demyttanaere, K., Brunfaut, E., Williams, J., M. G. (2008). Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 668-677.
- Hertel, P. T. (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 166-172.
- Hertel, P. T. (2000). The cognitive-initiative account of depression-related impairments in memory. En D. Medin (Ed.). *The psychology of learning and motivation* (Vol. 39, pp. 47-71). New York: Academic Press.

- Hertel, P. T. y Brozovich, F. (2010). Cognitive habits and memory distortions in anxiety and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 155-160.
- Hertel, P. T., y El-Messidi, L. (2006). Am I blue? Depressed mood and the consequences of self focus for the interpretation and recall of ambiguous words. *Behavior Therapy*, 37, 259-268.
- Hertel, P. T., y Hardin, T. S. (1990). Remembering with and without awareness in a depressed mood: Evidence of deficits in initiative. *Journal of Experimental Psychology: General*, 119, 45-59.
- Hertel, P. T., y Rude, S. (1991). Depressive deficits in memory: Focusing attention improves subsequent recall. *Journal of Experimental Psychology: General*, 120, 301-309.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La escala de respuestas rumiativas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13, 111-121.
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: El papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12, 139-504.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11, 881, 895.
- Hipwell, A. E., Sapotichne, B., Klostermann, S., Batista, D., y Keenan, K. (2011). Autobiographical memory as a predictor of depression vulnerability in girls. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 40, 254-265.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D. y Salomon, R. M. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Howell, A., y Conway, M. (1992). Mood and the suppression of positive and negative self-referent thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 535-555.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Ingram, R.E., Bernet, C.Z., y McLaughlin, S.C. (1994). Attentional allocation processes in individuals at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 317-332.
- Ingram, R. E., y Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 588–596.
- Ingram, R. E., Smith, T. V., y Brehm, S. S. (1983). Depression and information processing: Self-Schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- Iqbal, Z., Birchwood, M., Hemsley, D., Jackson, C., y Morris, E. (2004). Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 97–104.
- Isen, A. M., Shalke, T. E., Clark, M., y Karp, L. (1978). Affect, accessibility of material in memory, and behavior: A cognitive loop? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.
- Jiménez, F., Vázquez, C., y Hernangómez, L. (1998). Adjetivos en castellano de contenido depresivo autor-referente y de contenido neutral: Normas de emocionalidad y frecuencia subjetiva de uso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 199-215.
- Johnson, S. L., Eisner, L. R., y Carver, C. S. (2009). Elevated expectancies among persons diagnosed with bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 217-222.

- Johnson, M. K., Foley, M. A., Suengas, A., G., y Raye, C. Cl. (1988). Phenomenal characteristics of memories for perceived and imagined autobiographical events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 117, 371-376.
- Joiner, T. E., Katz, J. and Lew, A. (1999): Harbingers of depressotypic reassurance seeking: negative life events, increased anxiety, and decreased self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 630-637.
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G., y Jones, R. S. P. (1999) Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 29, 1397-1404.
- Joormann, J. (2004). Attentional bias in dysphoria: The role of inhibitory processes. *Cognition and Emotion*, 18, 125-147.
- Joormann, J. (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy Research*, 30, 149-160.
- Joormann, J., Dkane, M., y Gotlib, I.H. (2006). Adaptive and Maladaptive Components of Rumination? Diagnostic Specificity and Relation to Depressive Biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80-85.
- Joormann, J., Talbot, L., Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 135-143.
- Just, N., y Alloy, L. (1997). The Response Styles Theory of Depression: Tests and an Extension of the Theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 506, 221-229.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., y Bentall, R. P. (1999) Persecutory delusions and autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 97-102.
- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 293-299.

- Kelly, G.A. (1966). *Teoría de la personalidad*. La psicología de las construcciones personales. Buenos Aires: Troquel.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G., y Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- Kovacs, M., y Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kuiper, N. A., y Derry, P. A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, 50, 67-79.
- Kuyken, W., y Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- Kuyken, W., y Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 89-92.
- Kuyken, W., y Dalgleish, T. (2011). Overgeneral autobiographical memory in adolescents risk for depression, *Memory*, 19, 241-250.
- Kuyken, W., Howell, R., y Dalgleish, T. (2011). Overgeneral Autobiographical memory in depressed adolescents with, versus without a preported history of trauma. *Journal of abnormal psychology*, 115, 387-395.
- Kwon, S., y Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ros, L., Aguilar, M. J., y Navarro. B. (2008). Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas en la vejez. En Vázquez, C., y Hervás, G. (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., y Lejuez, C. W. (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences*, 36, 1235-1247.

- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. y Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., Jr., y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203-215.
- Liberman, N., y Forster, J. (2000). Expression after suppression: A motivational explanation of postsuppressional rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 190-203.
- Linville, P. (1996). *Attention inhibition: Does it underlie ruminative thought?* Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lloyd, g. y Lishman, W.A. (1979). Effects of depression on speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological medicine*, 5, 173-180.
- Luxton, D. D. Ingram, R. E., y Wenzlaff, R. M. (2006). Uncertain self-esteem and future thinking in depression vulnerability. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 720-734.
- Lyubomirsky, S., Boehm, J. K., Kasri, F., y Zehm, K. (2011). The cognitive and hedonic costs of dwelling on achievement-related negative experiences: Implications for enduring happiness and unhappiness. *Emotion*, 11, 1152-1167.
- Lyubomirsky, S. L., Caldwell, N. D., y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 166-177.
- Lyubomirsky, S., y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lyubomirsky, S., y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.

- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., y Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- Maccallum, F., McConkey, K. M., Bryant, R. A., y Barnier, A. J. (2000). Specific autobiographical memory following hypnotically induced mood state. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 361– 373.
- Mackinger, H. F., Leibetseder, M. F., Kunz-Dorfer, A. A., Fartacek, R. R., Whitworth, A. B., y Feldinger, F. F. (2004). Autobiographical memory predicts the course of depression during detoxification therapy in alcohol dependent men. *Journal of Affective Disorders*, 81, 61–65.
- Mackinger, H. F., Loschin, G. G., y Leibetseder, M. M. (2000). Prediction of postnatal affective changes by autobiographical memories. *European Psychologist*, 5, 52–61.
- Mackinger, H. F., y Svaldi, J. J. (2004). Autobiographical memory predicts cognitive but not somatic change in sleep apnea patients vulnerable for affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 81, 17–22.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M., y Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 331-334.
- MacLeod, C., Mathews, A., y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Macqueen, G. M., Tipper, S. P., Young, L. T., Joffe, R. T. y Levitt, J. (2000). Impaired distractor inhibition on a selective attention task in unmedicated, depressed subjects. *Psychological Medicine*, 30, 557- 564.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Matt, G. E., Vazquez, C., y Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227–255.

- McBride, C., y Cappeliez, P. (2004). Effects of manipulating valence and arousal components of mood on specificity of autobiographical memory. *Psychological Reports*, 95, 615–630.
- McCabe, S. B., Gotlib, I. H., y Martin, R. A. (2000). Cognitive vulnerability for depression: Deployment of attention as a function of history of depression and current mood state. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 427-444.
- MacDonald, M., y Kuiper, N. A. (1982). Self and other perception in mild depression. *Social Cognition*, 1, 223–239.
- MacDonald, M. R., y Kuiper, N. A. (1985). Efficiency and automaticity of self-schema processing in clinical depressives. *Motivation and Emotion*, 9, 171–185.
- McFarland, C. y Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1424-1440.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., y Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619–630.
- McNally, R. J., Litz, B. T., Prassas, A., Shin, L. M., y Weathers, F. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351–367.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E. y Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404-409.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., y Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 363–376.
- Miranda, J., y Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76–79.
- Miranda, J., Persons, J. B., y Byers, C. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237–241.

- Moffitt, K. H., Singer, J. A., Nelligan, D. W., Carlson, M. A., y Vyse, S. A. (1994). Depression and memory narrative type. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 581-583.
- Morady, A. R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shara, M., Turner, S., y Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127, 645-653.
- Moore, R. G., Watts, F. N., y Williams, J. M. G. (1988). The specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 275-276.
- Moore, S. A., y Zoellner, L. A. (2005). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: An evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133, 419-437.
- Moray, N. (1959). Attention in dichotic listening: Affective cues and the influence of instructions. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 11, 56-60.
- Morrow, J., y Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- Muris, P., Merckelbach, H., y Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 501-513.
- Nandrino, J. L., Pezard, L., Poste, A., Reveillere, C., y Beaune, D. (2002). Autobiographical memory in major depression: A comparison between first-episode and recurrent patients. *Psychopathology*, 35, 335-340.
- Nasby, W., y Yando, R. (1982). Selective encoding and retrieval of affectively valent information: Two cognitive consequences of children's mood states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1244-1253
- Natale, M., y Hantas, M. (1982). Effect of temporary mood states on selective memory about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 927-934.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. N.Y: Appleton-Century-Crofts.

- Neshat-Doost, H., Taghavi, M.R., Moradi, A.R., Yule, W., y Dalgleish, T. (1998). Memory for emotional trait adjectives in clinically depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 642–650.
- Nieto, M., Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). Palabras de contenido paranoide y depresivo en castellano: Especificidad, frecuencia de uso y grado de emocionalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 165-178.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E. y Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema (2004). *Mujeres que piensan demasiado*. Barcelona: Paidós
- Nolen-Hoeksema, S., y Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 391-403.
- Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal*, 102, 20-8.

- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., y Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. W. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 88-126.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A., y Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Park, R., Goodyer, I. M., y Teasdale, J. D. (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 996-1006.
- Parrott, W. G., y Sabini, J. (1990). Mood and memory under natural conditions: evidence for mood-incongruent recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 321-336.
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10, 131-136.
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H., y Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 344-350.
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. New York: Harcourt, Brace.
- Pollock, L. R., y Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.
- Popovski, M. y Bates, G. W. (2005). Autobiographical memory and dysphoria: The effect of mood, gender, and cue type on generality and latency. *North American Journal of Psychology*, 7, 505-518.

- Pyszczynski, T., Hamilton, J. H., Herring, E, y Greenberg, J. (1989). Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 351-357.
- Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., y Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201–206.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., Brunfaut, E., y Eelen, P. (2006a). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 699-704.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., y Eelen, P. (2006b). Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition and Emotion*, 20, 402-229.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., y Eelen, P. (2007). A sentence completion procedure as an alternative to the Autobiographical Memory Test for assessing overgeneral memory in non-clinical populations. *Memory*, 15, 495-507
- Raes, F., Pousset, G., y Hermans, D. (2004). Correlates of autobiographical memory specificity in anon-clinical student population. Unpublished manuscript.
- Raes, F., Sienaert, P., Demyttenaere, K., Peuskens, J., Williams, J. M. G., y Hermans, D. (2008). Overgeneral memory predicts the stability of short-term outcome of electroconvulsive therapy for depression. *Journal of ECT*, 24, 81-83
- Ramponi, C., Barnard, P. J., y Nimmo-Smith, I. (2004). Recollection deficits in dysphoric mood: An effect of schematic models and executive mode? *Memory*, 12, 655–670.
- Rekart, K. N., Mineka, S., y Zinbarg, R. E. (2006). Autobiographical memory in dysphoric and non-dysphoric college students using a computerised versión of the AMT. *Cognition and Emotion*, 20, 506-515.
- Ricarte, J.J., Latorre, J.M., Ros, L.; Navarro, B., Aguilar, M.J. y Serrano, J.P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging and Mental Health*, 72, 83-110.

- Roberts, J. E., y Kassel, J. D. (1996). Mood state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 1-12.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., y Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.
- Robinson, J. A. (1992). Autobiographical memory. En M. M. Gruneberg y P. E. Morris (Eds.), *Aspects of memory: Vol. 1. The practical aspects* (2nd ed., pp. 223-251). London: Routledge.
- Robinson, M. S. y Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.
- Rogers, T. B. (1977). Self-reference in memory: Recognition of personality items. *Journal of Research in Personality*, 11, 295-305.
- Rogers, T. B., Kuiper, N. A., y Kirker, W. S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 667-688.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rude, S. S., Gortner, E. M., y Pennebaker, J. W. (2004). Language use of depressed and depressionvulnerablecollege students. *Cognition and Emotion*, 18, 1121-1133.
- Rude, S. S., Valdez, C., Odom, S., y Ebrahimi, A. (2003). Negative cognitive bias predicts depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 415-429.
- Rude, S. S., Wenzlaff, R., Gibbs, B., Vane, J., y Withney, T. (2002). Negative interpretative bias predicts subsequent depression symptoms. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruíz-Caballero, J. A., y Donoso-Cortés, C. (1999). Depresión y memoria autobiográfica congruente con el estado de ánimo. *Psicothema*, 11, 611-616.

- Rumelhart, D. E. y Ortony, A. (1982). La representación del conocimiento en la memoria. *Infancia y Aprendizaje*, 19.20, 115-158. (Orig. the representation of knowledge in memory. En A. C.Anderson, R.J. Spiro y W.E. Montague (Eds.), *Schooling and the acquisition of knowledge* (PP. 99-135). Hillsdale, NJ: LEA, 1977).
- Sanz, J. (1996). Memory biases in social anxiety and depression. *Cognition and Emotion*, 10, 483-515.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.
- Sanz, J., y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M.E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado del estado de ánimo. Teorías Psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (2ª ed., pp. 271-278). Madrid: McGrawHill.
- Sen, B. (2004). Adolescent propensity for depressed mood and help seeking: Race and gender differences. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 133–145.
- Scher, C. D., Ingram, R. E, y Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487-510.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., y Ferrier, I. N. (2000) Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467-472.
- Sebastián, N., Martí, M.A., Cuetos, F. y Carreiras, M. (2000) LEXEP. *Léxico informatizado del español*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.

- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., y Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging, 19*, 272-277.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M. y Gatz, M. 2007. Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 41-57.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Ros, L., Navarro, B., Córcoles, M. J., Nieto, M., Ricarte, J. J., y Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema, 24*, 224-229.
- Segal, Z. V. e Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 14*, 663-695.
- Setliff, A. E. y Marmurek, H. H. C. (2002). The mood regulatory function of autobiographical recall is moderated by self-esteem. *Personality and Individual Differences, 32*, 761-771.
- Shallice, T., y Warrington, E. K. (1970). Independent functioning of verbal memory stores: neuropsychological study. *Quarterly Journal of Experimental Psychology, 22*, 261-273.
- Siegle, G. J., Moore, P. M. y Thase, M. E. (2004). Rumination: one construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 645-668.
- Singer, J. A. y Moffitt, K. H. (1992). An experimental investigation of specificity and generality in memory narratives. *Imagination, Cognition and Personality, 11*, 233-257.
- Singer, J. A., y Salovey, P. (1988). Mood and memory: Evaluating the network theory of affect. *Clinical Psychological Review, 8*, 211-251.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., y Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for *DSM-III-R* Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 167-173.

- Smith, S. M. y Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Solomon, A., Haaga, D. A. F., Brody, C., Kirk, L., y Friedman, D. G. (1998). Priming irrational beliefs in recovered-depressed people. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 440-449.
- Spasojevic, J. y Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25-37.
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Kremers, I. P., Schene, A. H., y Williams, J. M. G. (2007). The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Memory*, 15, 324-338.
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Wekking, E. M., Williams, J. M. G., et al. (2006). Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 590-600.
- Strack, S., Blaney, P.H., Ganellen, R.J., y Coyne, J.C. (1985). Pessimistic self-preoccupation, performance deficits, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1076-1085.
- Summer, J. A., Griffith, J. W. y Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 614-625.
- Sutherland, K., y Bryant, R.A. (2007). Rumination and overgeneral autobiographical memory. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2407-2416
- Svaldi, J. J., y Mackinger, H. F. (2003). Veränderung der spezifität autobiographischer erinnerungen durch stimmungsenduktion. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 144-157.
- Swales, M., Williams, J. M. G. y Wood, P. (2001). Specificity of autobiographical memory and mood disturbance in adolescents. *Cognition and Emotion*, 15, 321-331.

- Taylor, L., y Ingram, R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 202–210.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D., y Dent, J. (1987) Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypothesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Teasdale, J. D, y Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 248-257.
- Teasdale, J. D., y Taylor, R. (1981). Induced mood and accessibility of memories: An effect of mood state or of induction procedure? *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 39-48.
- Teasdale, J. D., Taylor, R., y Fogarty, S. J. (1980). Effects of induced elation-depression on the accessibility of memories of happy and unhappy experiences. *Behavior Research and Therapy*, 18, 339-346.
- Timbremont, B., y Braet, C. (2004). Cognitive vulnerability in remitted depressed children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 423–437.
- Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research (Special Issue on Rumination)*, 27, 247–259.
- Tulving, E. (1989). Memory: Performance, Knowledge, and Experience. *European Journal of Cognitive Psychology*, 1, 3-26.
- Ucros, C.G. (1989). Mood state-dependent memory: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 3, 139–167.

- Van Minnen, Wessel, I., Verhaak, C., y Smeenk, J. (2005). The relationship between autobiographical memory specificity and depressed mood following a stressful life event: A prospective study. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 405-415.
- Van Voorhees, B., Paunesku, D., Kuwabara, S., Reinecke, M., y Basu, A. (2008). Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 605–616.
- Van Vreeswijk, M. F., y de Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 731-743.
- Vázquez, C. (1986). Sistemas de autorreferencia y esquemas cognitivos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 1095-1113.
- Vázquez, C., Díez-Alegría, C., Hernández-Lloreda, M.J., y Nieto, M. (2008). Implicit and explicit self-schema in active deluded, remitted deluded, and depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 587-99.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 139-165.
- Vázquez, C., Hartlage, S., Alloy, L.B., y Jimenez, F. (1995). Efectos de la depresión en el procesamiento automático y controlado: Una revisión teórica. *Boletín de Psicología*, 48, 41-65.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Pérez-Sales (2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1326-1336.
- Vázquez, C., Jiménez, F., Saura, F. y Avia, M.D. (2001). The importance of “importance”: a longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personality and Individual Differences*, 31, 205-214.

- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watkins, E., y Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1179–1189.
- Watkins, E., y Brown, R.G. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 72, 400–402.
- Watkins, E., Moberly, N. y Moulds, M. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364-378.
- Watkins, E., y Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Watkins, E., y Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Watkins, E., Teasdale, J. D., y Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 30, 911-920.
- Wegner, D., y Erber, R. (1992). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-1104.
- Wegner, D. M., Erber, R., y Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-1104.
- Wegner, D. M., Quillian, F., y Houston, C. E. (1996). Memories out of order: Thought suppression and the disturbance of sequence memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 680-691.
- Wegner, D., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

- Wegner, D. M., y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the Educational Research Association Toronto, Ontario, Canada.
- Weissman, A., (1979). *The Dysfunctional Attitudes Scale: A validation study*. Unpublished doctoral dissertation. University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Wenzlaff, R. M. y Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavior Therapy*, 32, 27-45.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., y Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882-892.
- Wenzlaff, R. M., y Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1559-1571
- Wenzlaff, R. M. y Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 293-308.
- Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., Taylor, C. J., Stultz, C. H., y Sweatt, R. A. (2001). Beneath the veil of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition and Emotion*, 15, 435-452.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., y Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 40-421.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion*, 20, 548-568.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, Raes, F., Watkins, Ed., y Dalgleish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122–148.
- Williams, J. M. G., y Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144–149.
- Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., y MacLeod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116-125.
- Williams, J. M. G., Healy, H. G., y Ellis, N. C. (1999). The effects of imageability and predictability of cues in autobiographical memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 52A, 555-579.
- Williams, J. M. G., Mathews, A., y MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.
- Williams, J. M. G., y Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Wise, E. H., y Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- Wisco, B., y Nolen-Hoeksema, S. (2009). The Interaction of Mood and Rumination in Depression: Effects on Mood Maintenance and Mood-Congruent Autobiographical Memory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 144-159.
- Yeung, C.A., Dalgleish, T., Golden, A. y Schartau, P. (2006). Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1481-1490.

- Young, J.A. y Rehm, L.P. (1993). A study of autobiographical memories in depressed and non-depressed elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 36, 39-55.
- Zimmerman, M., y Coryell, W. (1987). The inventory to diagnose depression, lifetime version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 495-499.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C., y Wilson, S. (1986). Dysfunctional attitudes and attribution style in healthy controls and patients with schizophrenia, psychotic depression, and nonpsychotic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 403-405.
- Zimmerman, M., Posternak, M. A., McGlinchey, J., Friedman, M., Attiullah, N., y Boerescu, D. (2006). Validity of a self-report depression symptom scale for identifying remission in depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 185-188.
- Zimmerman, M., Sheeran, T., y Young, D. (2004). The Diagnostic Inventory for Depression: A self-report scale to diagnose DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 87-110.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubizarreta, I., Sarasúa, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emperanza, I.: Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. E. Echeburúa. *Personalidades violentas*. Pirámide. Madrid, pp. 129-152.
- Zuroff, D.C., Colussy, S.A., y Wielgus, M.S. (1983). Selective memory and depression: A cautionary note concerning response bias. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 223-231.

ANEXO 1

INSTRUCCIONES: Este cuestionario evalúa cómo se sintió **DURANTE EL PERÍODO DE DOS SEMANAS DE SU VIDA EN EL QUE USTED SE SINTIÓ MÁS DEPRIMIDO/A**. Rememore esas dos semanas, y recuerde cómo se sentía, qué sucesos ocurrieron y cómo se encontró a lo largo de esas dos semanas.

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre ese período de tiempo en que se sintió más deprimido que nunca. Responda ahora a las siguientes cuestiones. Para cada pregunta existen 5 posibles respuestas (numeradas de 0 a 4). Lea las 5 detenidamente. Decida entonces cuál de ellas describe mejor cómo se sentía en esos momentos. Escoja una única respuesta por pregunta. Si más de una respuesta por pregunta se aplica a usted escoja aquella con mayor puntuación.

(1) Durante aquellas dos semanas, ¿se sintió triste o deprimido/a?

- 0. No, nada.
- 1. Sí, un poco.
- 2. Sí, me sentí triste o deprimido la mayor parte del tiempo.
- 3. Sí, estaba muy triste o deprimido casi todo el tiempo.
- 4. Sí, estaba extremadamente deprimido prácticamente todo el tiempo.

(2) ¿Cuántos días en el período de dos semanas se estuvo sintiendo triste o deprimido/a?

- 0. Ningún día.
- 1. Pocos días.
- 2. Aproximadamente la mitad de los días.
- 3. Casi todos los días.
- 4. Todos los días.

(3) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su nivel de interés por sus actividades habituales durante aquellas dos semanas?

- 0. No perdí interés por mis actividades habituales.
- 1. Estuve menos interesado por 1 o 2 de mis actividades habituales.
- 2. Estuve menos interesado por varias de mis actividades habituales.
- 3. Perdí la mayor parte de mi interés por casi todas mis actividades habituales.
- 4. Perdí todo el interés por todas mis actividades habituales.

(4) ¿Cuántos días en el período de dos semanas estuvo usted menos interesado por sus actividades habituales?

- 0. Ningún día.
- 1. Pocos días.
- 2. Aproximadamente la mitad de los días.
- 3. Casi todos los días.
- 4. Todos los días.

(5) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor en qué medida disfrutaba realizando sus actividades habituales durante aquellas dos semanas?

- 0. Disfrutaba tanto como siempre.
- 1. Disfrutaba algo menos en 1 o 2 de mis actividades habituales.
- 2. Disfrutaba menos en varias de mis actividades habituales.
- 3. No disfrutaba nada en muchas de las actividades con las que normalmente disfruto.
- 4. No disfrutaba nada en ninguna de las actividades con las que normalmente disfruto.

(6) ¿Cuántos días en el período de dos semanas disfrutó menos realizando sus actividades habituales?

- 0. Ningún día.
- 1. Pocos días.
- 2. Aproximadamente la mitad de los días.
- 3. Casi todos los días.
- 4. Todos los días.

(7) ¿Durante aquellas dos semanas su nivel de energía fue menor?

0. No, nada de eso.
1. Sí, mi nivel de energía estaba ocasionalmente un poco más bajo de lo normal.
2. Sí, tuve bastante menos energía de lo normal.
3. Sí, tuve mucha menos energía de lo normal.
4. Sí, me sentía exhausto/a prácticamente todo el tiempo.

(8) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su nivel de excitación (agitación) física durante aquellas dos semanas?

0. No estuve más excitado/a e inquieto/a que normalmente.
1. Estuve un poco más excitado/a e inquieto/a que normalmente.
2. Estuve muy inquieto/a, y me ha costaba estar quieto/a.
3. Estuve extremadamente agitado/a y casi todos días, en algún momento, daba vueltas sin parar.
4. Estuve moviéndome, dando vueltas, incapaz de estar quieto/a, durante más de una hora cada día.

(9) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su nivel de actividad física durante aquellas dos semanas?

0. No me movía más lentamente de lo normal.
1. Me movía un poco más lentamente de lo normal.
2. Me movía más lentamente de lo normal, y eso me hacía tardar más de lo habitual en realizar muchas actividades.
3. Mis actividades cotidianas me resultaban difíciles, porque me costaba empezar a moverme.
4. Me sentía extremadamente lento/a físicamente, como si estuviera “hundido/a en el fango”.

(10) Durante aquellas dos semanas, ¿experimentó sentimientos de culpabilidad?

0. No, nada.
1. Sí, en ocasiones me sentía un poco culpable.
2. Sí, me afectaban bastantes sentimientos de culpabilidad.
3. Sí, me afectaban bastante fuertes sentimientos de culpabilidad.
4. Sí, me sentía extremadamente culpable.

(11) Durante aquellas dos semanas, ¿cuál fue su nivel de autoestima?

0. Mi autoestima no estaba baja.
1. De vez en cuando, mi opinión sobre mí mismo/a estaba un poco baja.
2. A menudo pensaba que era un/a fracasado/a.
3. Casi siempre pensaba que era un fracasado/a.
4. Pensaba que era una persona totalmente inútil y sin valor.

(12) Durante aquellas dos semanas, ¿pensó en la muerte o en la posibilidad de morir?

0. No, nada.
1. Sí, en ocasiones pensé que no merecía la pena vivir.
2. Sí, pensé frecuentemente en formas de morir sin que yo tuviera que hacer nada (como ir a dormir y no volver a despertar).
3. Sí, pensé frecuentemente en la muerte, y que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto/a.
4. Sí, deseaba estar muerto/a.

(13) Durante aquellas dos semanas, ¿pensó en suicidarse?

0. No, nunca.
1. Sí, tuve breves pensamientos sobre suicidarme.
2. Sí, varias veces pensé en suicidarme, pero no lo llegaría a hacer.
3. Sí, estuve pensando seriamente en suicidarme.
4. Sí, pensé un plan específico sobre cómo suicidarme.

(14) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su habilidad para concentrarse durante aquellas dos semanas?

0. Era capaz de concentrarme tan bien como siempre.
1. Mi habilidad para concentrarme era ligeramente peor de lo normal.
2. Mi capacidad de atención no era tan buena como normalmente y tuve dificultades para organizar mis pensamientos, pero esto no me causó problemas serios.
3. Tenía problemas para concentrarme frecuentemente, y eso interfirió en mis actividades habituales.
4. Me costaba tanto concentrarme que incluso tareas sencillas me resultaban enormemente difíciles de hacer.

(15) Durante aquellas dos semanas, ¿tuvo problemas para tomar decisiones?

- 0. No, nada.
- 1. Sí, tomar decisiones era ligeramente más difícil de lo normal.
- 2. Sí, me resultaba más difícil y me llevaba más tiempo tomar decisiones, pero podía hacerlo.
- 3. Sí, era incapaz de tomar algunas decisiones que normalmente sería capaz de tomar.
- 4. Sí, dejé de hacer cosas importantes porque tenía problemas para tomar decisiones.

(16) Durante aquellas dos semanas, ¿su apetito disminuyó?

- 0. No, nada.
- 1. Sí, mi apetito disminuyó ligeramente comparado a como es normalmente.
- 2. Sí, mi apetito disminuyó bastante, pero comía tanto como suelo hacer normalmente.
- 3. Sí, mi apetito disminuyó bastante, y comía menos de lo que normalmente hago.
- 4. Sí, mi apetito estuvo muy mal, e incluso tenía que forzarme a comer un poco.

(17) ¿Cuánto peso perdió durante aquellas dos semanas (no siendo debido a que estuviera haciendo una dieta)?

- 0. Nada (o el único peso perdido fue por una dieta).
- 1. 0,5-1 kilo.
- 2. 1,5-2,5 kilos.
- 3. 3-5 kilos.
- 4. Más de 5 kilos.

(18) Durante aquellas dos semanas, ¿aumentó su apetito?

- 0. No, nada.
- 1. Sí, mi apetito aumentó ligeramente comparado a como es normalmente.
- 2. Sí, mi apetito aumentó bastante comparado a como es normalmente.
- 3. Sí, mi apetito aumentó enormemente comparado a como es normalmente.
- 4. Sí, tenía ganas de comer todo el tiempo.

(19) ¿Cuánto peso ganó durante aquellas dos semanas?

- 0. Nada.
- 1. 0,5-1 kilo.
- 2. 1,5-2,5 kilos.
- 3. 3-5 kilos.
- 4. Más de 5 kilos.

(20) Durante aquellas dos semanas, ¿durmió menos de lo que lo hace normalmente?

- 0. No, igual.
- 1. Sí, en ocasiones tenía pequeñas dificultades para dormir.
- 2. Sí, dormía bastante menos de lo que normalmente lo hago.
- 3. Sí, dormía aproximadamente la mitad del tiempo de lo que suelo dormir normalmente.
- 4. Sí, dormía menos de dos horas cada noche.

(21) Durante aquellas dos semanas, ¿durmió más de lo que lo hace normalmente?

- 0. No, igual.
- 1. Sí, en ocasiones dormía más de lo que normalmente lo hago.
- 2. Sí, dormía frecuentemente por lo menos una hora más de lo que normalmente lo hago.
- 3. Sí, dormía frecuentemente por lo menos dos horas más de lo que normalmente lo hago.
- 4. Sí, dormía frecuentemente por lo menos tres horas más de lo que normalmente lo hago.

(22) Durante aquellas dos semanas, ¿se sintió pesimista o desesperanzado respecto a su futuro?

- 0. No, nada.
- 1. Sí, en ocasiones me sentía un poco pesimista sobre el futuro.
- 2. Sí, a menudo me sentía pesimista sobre el futuro.
- 3. Sí, me sentía muy pesimista sobre el futuro la mayoría del tiempo.
- 4. Sí, estuve sintiendo que no había ninguna esperanza para el futuro.

INSTRUCCIONES

Indique debajo cuánto interfirieron o le causaron dificultades en las siguientes áreas de su vida durante aquellas dos semanas los síntomas de depresión señalados

(Rodee con un círculo NA [No Aplicable] si usted no estuviera casado ni tuviera pareja.)

Durante AQUELLAS DOS SEMANAS, cuántas dificultades generaron los síntomas de depresión en su/sus...

23. habituales responsabilidades diarias (en el trabajo, en su hogar, o en la escuela).....0 1 2 3 4

24. relación con su marido, esposa, novio, novia, o amante.....NA 0 1 2 3 4

25. relaciones con sus familiares.....0 1 2 3 4

26. relaciones con sus amistades... ..0 1 2 3 4

27. participación y disfrute en actividades de ocio.....0 1 2 3 4

28. En general, ¿cuánto interfirieron o causaron dificultades en su vida los síntomas de depresión?

- 0. nada
- 1. un poco
- 2. moderadamente
- 3. bastante
- 4. enormemente

29. ¿Cuántos días de aquellas dos semanas fue usted completamente incapaz de realizar sus habituales responsabilidades diarias (en el trabajo, el hogar, o la escuela) porque se sentía deprimido/a? (Rodee con un círculo una de las opciones).

0 días 2 días 4 días 6 días 8 días 10 días 12 días 14 días

30. ¿Fue a un psiquiatra, terapeuta o psicólogo/a para tratar una depresión debido a cómo se sentía?

SÍ

NO

31. ¿Tomó algún tipo de medicación antidepresiva debido a cómo se sentía?

SÍ

NO

32. ¿Sufrió algún tipo de enfermedad grave antes de comenzar a experimentar los síntomas señalados o en el inicio de los mismos?

SÍ

(SeñaleCuál: _____)

NO

33. ¿Estaba tomando algún tipo de droga o medicamento no antidepresivo antes de comenzar a experimentar los síntomas señalados o en el inicio de los mismos?

SÍ

(SeñaleCuál: _____)

NO

Sobre este período de dos semanas, al que se ha venido refiriendo, en que se sintió más triste o deprimido/a, por favor, indique:

34. ¿Cuándo comenzó? (Fecha aproximada): _____

35. ¿Se trata de un período vivido en la actualidad?

SÍ

NO

36. Si no se trata de un episodio vivido en la actualidad, cuando acabó? (Fecha aproximada):

ANEXO 2

CEE

A continuación encontrarás una lista de experiencias. Para cada una de ellas indica si te ha ocurrido o no **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, marcando en la columna correspondiente “SÍ” o “NO”. Si marcas “SÍ” para alguna de estas experiencias anota en la siguiente columna cuántas veces has experimentado esa experiencia en el último año.

En la siguiente columna indica en qué grado te afectó esa/s experiencia/s, marcando el número que corresponda:

0= Nada, 1= Poco, 2= Algo, 3= Bastante, 4= Mucho, 5= Muchísimo.

Por último, indica durante cuánto tiempo te afectó esa/s experiencia/s, marcando el número que corresponda:

0= No me molestó, 1= Una semana, 2= Dos-tres semanas, 3= Un mes, 4= Más de un mes.

	Te ha ocurrido alguna vez	Nº de veces	Cómo te afectó	Cuánto tiempo te afectó
1. Conflictos o discusiones importantes con algún miembro de tu familia.	SÍ / NO			
2. Conflictos o discusiones importantes con algún amigo.	SÍ / NO			
3. Conflictos o discusiones importantes con tu esposo/a o novio/a.	SÍ / NO			
4. Conflictos o discusiones importantes con tus compañeros de piso.	SÍ / NO			
5. Alguien importante para ti (amigos, familiares, etc.) ha traicionado tu confianza.	SÍ / NO			
6. Separación o divorcio de personas importantes para ti (amigos, familiares, etc.).	SÍ / NO			
7. Ruptura con tu esposo/a o novio/a.	SÍ / NO			
8. Ruptura de amistades importantes.	SÍ / NO			
9. Haber sufrido personas importantes para ti (amigos, familiares, etc.) problemas serios de salud.	SÍ / NO			
10. Haber sufrido tú problemas serios de salud.	SÍ / NO			
11. Haber sufrido tu esposo/a o novio/a problemas serios de salud.	SÍ / NO			
12. Haber sufrido la pérdida de personas importantes para ti (Fallecimiento de familiares, amigos, etc.).	SÍ / NO			
13. Haber sufrido gente importante para ti (familiares, amigos, etc.) algún accidente grave.	SÍ / NO			
14. Haber sufrido tú algún accidente grave.	SÍ / NO			
15. Haber sufrido alguien importante para tí (familiares, amigos, etc.) problemas emocionales graves.	SÍ / NO			
16. Haber sufrido tú problemas emocionales graves.	SÍ / NO			
17. Sentir invadida tu privacidad por alguien (tu pareja, algún familiar, compañero de piso, etc.).	SÍ / NO			
18. Sentirte presionado por alguien para hacer algo que no deseabas.	SÍ / NO			
19. Haber sufrido gente importante para ti (familiares, amigos, etc.) problemas económicos serios o agobios financieros.	SÍ / NO			
20. Haber sufrido tú problemas económicos serios o agobios financieros.	SÍ / NO			
21. Haber sufrido gente importante para ti (familiares, amigos, etc.) problemas mayores con la justicia (arresto, prisión, etc.).	SÍ / NO			
22. Haber sufrido tú problemas mayores con la justicia (arresto, prisión, etc.).	SÍ / NO			

	Te ha ocurrido alguna vez	Nº de veces	Cómo te afectó	Cuánto tiempo te afectó
23. Haber sufrido gente importante para ti (familiares, amigos, etc.) problemas menores con la justicia (multas, etc.).	SÍ / NO			
24. Haber sufrido tú problemas menores con la justicia (multas, etc.).	SÍ / NO			
25. Haber sufrido alguien importante para ti un robo, agresión, abuso o crimen.	SÍ / NO			
26. Haber sufrido tú un robo, agresión, abuso o crimen.	SÍ / NO			
27. Haber sufrido problemas en las relaciones íntimas con tu pareja.	SÍ / NO			
28. Sentirte insatisfecho/a con tu pareja.	SÍ / NO			
29. Haber tenido problemas para dormir.	SÍ / NO			
30. No haber tenido suficiente tiempo libre.	SÍ / NO			
31. Haber tenido demasiadas responsabilidades.	SÍ / NO			
32. Haber tenido problemas de tiempo para cumplir con tus obligaciones.	SÍ / NO			
33. Haber sufrido rechazo social en alguna situación o por algún grupo.	SÍ / NO			
34. Haber vivido o sufrido algún desastre natural (terremoto, incendio etc.).	SÍ / NO			
35. Problemas o conflictos con uno/a o varios/as profesores/as.	SÍ / NO			
36. Problemas o conflictos importantes con tus compañero/as de clase.	SÍ / NO			
37. Haber obtenido notas más bajas de las que esperabas.	SÍ / NO			
38. Haber suspendido exámenes importantes.	SÍ / NO			
39. Haber abandonado asignaturas por ser demasiado exigentes.	SÍ / NO			
40. Haber abandonado los estudios por circunstancias adversas (problemas familiares, económicos, etc.).	SÍ / NO			
41. Sentirte insatisfecho/a con los estudios.	SÍ / NO			
42. Haber tenido problemas para estar al día en tus estudios/tu trabajo.	SÍ / NO			
43. No haber conseguido un trabajo que esperabas o deseabas.	SÍ / NO			
44. Haber sido despedido/a de algún trabajo.	SÍ / NO			
45. Dejar algún trabajo por circunstancias adversas (peleas con el jefe, con compañeros, etc.).	SÍ / NO			
46. Sentirte insatisfecho/a con tu trabajo.	SÍ / NO			
47. Alguna otra experiencia no señalada en la lista. Indica cuál: _____ _____	SÍ / NO			

ANEXO 3

PALABRAS DESORDENADAS

En la siguiente parte tendrás que ordenar una serie de palabras desordenadas para formar frases con sentido. Cada una de las frases desordenadas contiene 6 palabras. Ordena **sólo 5** de las palabras situando un número sobre cada una de las palabras que elijas, indicando el orden apropiado.

Por ejemplo:

2 1 3 4 5
tiene verdes pedro los ojos azules

☒ Frase de cinco palabras y bien construida.

Ejemplo mal realizado:

2 1 3 4
tiene verdes pedro los ojos azules

☒ Aunque la frase es correcta, sólo se han usado cuatro palabras y no cinco como es la norma.

Ordena las secuencias para formar frases, no preguntas. Cada secuencia puede ser ordenada en más de una forma, pero tú debes elegir sólo una frase (correctamente construida) de **5 palabras**. Puedes ordenar las secuencias en cualquier frase, la primera que te venga a la mente. Trabaja tan rápido como te sea posible ya que el tiempo es limitado. No corrijas los errores. Si cometes un error, sencillamente pasa al siguiente. El objetivo es que consigas ordenar las máximas frases posibles.

La prueba contiene 20 frases, y el tiempo disponible para es de 2.5 minutos.

Cuando estés preparado, se te indicará cuándo puedes comenzar. No pases la página hasta que se te comunique que comienza el tiempo.

1. parece el futuro espléndido ser patético
2. interesante vida mi aburrida generalmente es
3. normalmente gusto gente no a la
4. igual soy otros yo inferior a
5. vivir la pena no merece mucho
6. valiosa yo mediocre soy una persona
7. fracaso yo soy básicamente una ganadora
8. apreciada ser yo no merezco básicamente
9. he vida triunfado fracasado en la
10. gente valora la me no generalmente
11. es imposible ser feliz posible lograr
12. feliz fracasada veo me más adelante
13. positivamente me la gente negativamente percibe
14. muchísimas feliz me infeliz cosas hacen
15. no vida bien va mal mi
16. ilusiona me futuro preocupa el frecuentemente
17. cosas optimista soy pesimista con las
18. a otros no defraudar suelo frecuentemente
19. yo poco ofrecer que tengo mucho
20. arruinando yo vida mejorando estoy mi

Anota el número memorizado:

ANEXO 4

Palabras la tarea de codificación auto-referente del estudio 1

Palabras de la prueba de familiarización	
PALABRAS	CATEGORÍA EMOCIONAL
Alto	Neutra
Alegre	Positiva
Débil	Depresiva
Moreno	Neutra
Decidido	Positiva
Rubio	Neutra

Palabras de la tarea experimental		
POSITIVAS	NEGATIVAS	NEUTRAS
Admirable	Aburrido	Futbolista
Animado	Aislado	Voluminosa
Atractivo	Apagado	Fumador
Capaz	Apenado	Bailarín
Divertido	Decaído	Alumno
Enérgico	Deprimido	Soltero
Entusiasta	Desalentado	Aragonés
Fuerte	Desconsolado	Silencioso
Jovial	Desilusionado	Pelirrojo
Optimista	Infeliz	Murciano
Valioso	Triste	Mediano
Vital	Vacío	Ciclista

ANEXO 5

Trauma History Screen (THS)

Puede ser que usted haya tenido o no las siguientes experiencias. Marque “Sí” si esto le ha ocurrido, o marque “No” si no le ha ocurrido. Si marca “Sí” para alguna de estas experiencias: ponga un número en el espacio al lado para indicar cuantas veces le ha sucedido algo así.

			Número de veces que algo así le sucedió
A. Ha tenido algún accidente grave de automóvil, barco, tren, o avión.	No	Sí	___
B. Ha tenido algún accidente grave en el trabajo o en casa.	No	Sí	___
C. Ha sufrido algún huracán, inundación, terremoto, tornado, incendio u otro desastre natural.	No	Sí	___
D. Le han dado un golpe tan fuerte que le provocará alguna lesión – en su niñez.	No	Sí	___
E. Le han dado un golpe tan fuerte que le provocará alguna lesión – de adulta.	No	Sí	___
F. Le han atacado con una pistola, cuchillo, o alguna otra arma.	No	Sí	___
G. Le han forzado a tener contacto sexual – en su niñez.	No	Sí	___
H. Le han forzado a tener contacto sexual – de adulta.	No	Sí	___
I. Ha sufrido abuso o humillación psicológica intensa – en su niñez.	No	Sí	___
J. Ha sufrido abuso o humillación psicológica intensa – de adulta.	No	Sí	___
K. Ha sufrido de negligencia (no satisfacción de necesidades básicas) – en su niñez.	No	Sí	___
L. Ha sufrido alguna otra experiencia que le hizo sentirse muy asustada, indefensa u horrorizada.	No	Sí	___
M. Ha sufrido de un traslado o pérdida repentina de hogar y posesiones.	No	Sí	___
N. Ha padecido la muerte súbita de un familiar cercano o algún amigo/a.	No	Sí	___
¿Alguna de estas experiencias le causó problemas emocionales graves?	No	Sí	

Si contesto “Sí”, rellene un cuadrado de los que le mostramos a continuación para cada suceso que le haya causado molestias emocionales graves.

Letra que corresponde al hecho en cuestión: _____	Su edad cuando ocurrió el evento: _____
Realice una pequeña descripción de lo que sucedió:	
Cuando esto ocurrió, ¿alguien murió o resultó herido?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿tenía miedo a que usted o alguien más resultara herido/a?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sintió atemorizada, horrorizada, o indefensa?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sentía irreal, ida, desorientada o extraña?	NO SI
Después de lo ocurrido, ¿cuánto tiempo le molestó? No me molestó / Una semana / 2-3 semanas / Un mes o más	
Por entonces, ¿cuánto le molestó emocionalmente? Nada / Un poco / Algo / Mucho / Muchísimo	

Letra que corresponde al hecho en cuestión: _____	Su edad cuando ocurrió el evento: _____
Realice una pequeña descripción de lo que sucedió:	
Cuando esto ocurrió, ¿alguien murió o resultó herido?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿tenía miedo a que usted o alguien más resultara herido/a?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sintió atemorizada, horrorizada, o indefensa?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sentía irreal, ida, desorientada o extraña?	NO SI
Después de lo ocurrido, ¿cuánto tiempo le molestó? No me molestó / Una semana / 2-3 semanas / Un mes o más	
Por entonces, ¿cuánto le molestó emocionalmente? Nada / Un poco / Algo / Mucho / Muchísimo	

Letra que corresponde al hecho en cuestión: _____	Su edad cuando ocurrió el evento: _____
Realice una pequeña descripción de lo que sucedió:	
Cuando esto ocurrió, ¿alguien murió o resultó herido?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿tenía miedo a que usted o alguien más resultara herido/a?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sintió atemorizada, horrorizada, o indefensa?	NO SI
Cuando esto ocurrió, ¿se sentía irreal, ida, desorientada o extraña?	NO SI
Después de lo ocurrido, ¿cuánto tiempo le molestó? No me molestó / Una semana / 2-3 semanas / Un mes o más	
Por entonces, ¿cuánto le molestó emocionalmente? Nada / Un poco / Algo / Mucho / Muchísimo	

ANEXO 6

Palabras de la tarea de codificación auto-referente del estudio 2

Palabras de la prueba de familiarización	
PALABRAS	CATEGORÍA EMOCIONAL
Alto	Neutra
Alegre	Positiva
Débil	Depresiva
Moreno	Neutra
Decidido	Positiva
Traicionado	Amenazante

Palabras de la tarea experimental		
POSITIVAS	DEPRESIVAS	AMENAZANTES
Admirable	Aburrido	Acusado
Animado	Aislado	Asesinado
Atractivo	Apagado	Atacado
Capaz	Apenado	Atracado
Divertido	Decaído	Boicoteado
Enérgico	Deprimido	Calumniado
Entusiasta	Desalentado	Desafiado
Fuerte	Desconsolado	Malo
Jovial	Desilusionado	Perseguido
Optimista	Infeliz	Plagiado
Valioso	Triste	Secuestrado
Vital	Vacío	Vigilado